

Николай Яблучанский

ФАНТАЗИИ

ФАНТАЗИИ
ФАНТАЗИИ
ФАНТАЗИИ
ФАНТАЗИИ
ФАНТАЗИИ
ФАНТАЗИИ
ФАНТАЗИИ
ФАНТАЗИИ
ФАНТАЗИИ
ФАНТАЗИИ



НА ТЕМУ
СОВЕТНИКА

Харьков 2000

Н.И. Яблучанский

ФАНТАЗИИ НА ТЕМУ СОВЕТНИКА

(бета-версия)

Экс-Министру экс-советник

Фантазии. На советника тему. Опыты реальные и надуманные. С целью практической. Поддержать административную реформу. Центральные органы исполнительной власти тоже. Чтобы хорошо жилось пересічному українцю. И чиновнику обязательно. Чтобы с достоинством. Да по жизни. Заслужили давно.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Не в стол.	
	Вхождение.	
	Истоки.	
	Взгляд снизу.	
	Министерство.	
	Коллегия.	
	Know-how.	
	Информационное письмо.	
.	Снять с контроля.	
	Тина.	
	Все беды в управлении.	
	Национальный семинар.	
.	Надо бы извиниться.	
.	Мировой банк.	
.	Туберкулез и СПИД.	
.	Я люблю тебя, Элиот.	
	Новое.	
	Верховна рада.	
	Нужна концепция.	
.	О переходных процессах, оптимальных и не очень. . .	
...	Сто дней.	
	Развели.	
	Взгляд сверху.	
.	Увольнение.	
.	Послесловие.	

НЕ В СТОЛ

Живем один раз. В этой жизни, по крайней мере. Не знаю, кто как, но сильно ощущаю ее ритм. И ощущения эти обостряются. Потому что правит одно желание — как можно меньше потерять. Времени. Как можно больше успеть.

Не знаю точно, кто включил этот хронометр. Предполагаю, мой старый институтский профессор по физиологии. Давно было это. В студенческие годы. На втором курсе медина...

Ласкающее теплое солнечное весеннее утро. Бегу с одного корпуса в другой. Навстречу степенно этот, убежденный сединой, длинный-длинный, чуть сгорбившийся, профессор, в своей выдавшей виды черной с широкими полями шляпе: “Как помираете, молодой человек?”.

— ???

А что? Прав “дед”. С каждым прожитым днем все меньше остается... Значит, как помираем.

Вот и врезались в память и то институтское утро, и та институтская дорожка, и тот любимый профессор.

Включился хронометр. Жесткий. До боли откровенный: “Не поживаем, а помираем”. И с каждым днем все меньше остается. Времени. Того, что прожить. Значит, спешить надо.

Вот и спешу.

Мысль, что написать эту книжку возможность представится, и что сделать это надо будет обязательно, посетила, когда только возник вопрос, принять или не принять предложение. Занять должность советника Министра здравоохранения.

Предложение принял. И эта, осенившая тогда, возможность, была не последним аргументом.

Месяц почти позади, как я не советник. Ушел Министр, ушел и советник.

Для кого-то, может быть, это не время, чтобы остыть, уйти от переживаний. Получить право на трезвое осмысленное оценивание прожитого. Право, скажем, на обнародование полученного опыта. Опыт этот полезен.

Воспринимаю министерский период, как что-то далекое-далекое. Будто бы давным-давно это было. Потому что впервые за девять месяцев (столько длилось советничество) по настоящему окунулся в привычную университетскую жизнь. Беспокойную, а потому интересную, живущую нуждами любимых университета, факультета, кафедры. Студентов и сотрудников.

Позавчера это произошло. Вполне стандартным образом. Вот так, “ни с того, ни с сего”. Сначала факультет, потом клиника. Подъезжаю к клинике. И надо же! Увидел. Всю, от “ать” до “ять”. Эту книжку.

Раз увидел — надо переносить на бумагу. И не для того, чтобы в стол.

05.02.2000

Автор

ВХОЖДЕНИЕ

Вхождение в советники. Это было просто. Предложили. Подумал. Посоветовался. Ректор поддержал. Дал согласие на условиях перевода. По переводу в советники и был принят.

Мы у Министра. Два новых советника. Потом и работали вместе. Много, что здесь, плод общих исканий.

— Ну що, хлопці, маємо попрацювати так, щоб...

— Наміри маємо серйозні.

Установки получены. Конфликта с “взглядом снизу” не было. Все это — основания для плодотворной работы в Министерстве. По другому работать не привык.

Но грешу. “Скользкое” местечко было. Потому что и свой, и чужой. Медик, конечно же. Но из классического

университета. Образовательного сектора. А здесь давняя тема, — где должно быть медицинское образование. В секторе здравоохранения или образования? Для меня, отстаиваю позицию давно, — образования. Чтобы разорвать гордиев узел конфликта интересов. Это когда врачи будущие себе же заказываются.

Тема — повод для “колкостей” со стороны Министра. Потому никогда и не поднимал ее сам.

Где-то в глубине души кроется мысль, что последствия ее не давали в некоторых, весьма ответственных, случаях, возможности моей Патрону принимать, как вижу теперь, очень даже правильные предложения. Боюсь, напоминали. Кто советник.

Моя вина, что не смог снять тему.

Полная открытость в день последний. Не последний. В будущем моей Министра уверен. Мир нелинеен. Тем более сейчас страна — странный аттрактор. Следующий ход за нами.

ИСТОКИ

Работать в Минздраве планы не строил. Знаю же его, как и отрасль, во всех ипостасях сносно.

После Донецкого медицинского института по пять лет зам. директора по науке в Украинском НИИ терапии, Харьковском НИИ микробиологии и иммунологии. Значит, “на ты” с Министерством и подведомственными ему институтами.

Последние восемь лет — декан факультета фундаментальной медицины Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина.

С радостью принял предложение участвовать в восстановлении попранного большевиками права классического университета на подготовку врачей. Для меня — это

честь. После Донецкого медина закончил мехмат Харьковского университета. В решении поддерживали учителя — харьковские, и не только, ученые-медики с мировым именем.

Деканство легким не оказалось. И кровушки попито немало. Понятно почему. Посягательство на монополию. В защите идеи возвращения медицинского образования в образовательный сектор обратился к публицистике. В “Медичній газеті України”, “Зеркале недели”, “Урядовому кур’єрі”, других изданиях появились мои резонансные публикации. Три из них, все из “Зеркала недели”, включены в книгу. Они интересны. Подготовили к принятию предложения стать советником Министра. Опубликованные несколько лет назад, ни на йоту не потеряли актуальность.

Два года тому подошли мы к первому выпуску врачей в нашем классическом, что ни есть, университете. Проблема возникла, по большому счету, пустяковая. Получить разрешение Минздрава на работу выпускникам. “Нелюбовь” Первого выразилась в том, что с разрешением задерживали. На нас же наваливалась интернатура. Надо было торопиться ...

Удобный случай — Первый в отпуске, а моя Министр, тогда его заместитель, выполняла эти обязанности. Мне устроили встречу.

Приятно вспоминать. В приемной столпотворение, но меня принимает первым.

— В чем проблема?

— Да и не проблема. Просто надо письмо...

— Сейчас помогу.

Звонит куда-то: “К Вам придет такой-то, помогите”. Потом снова обращается ко мне: “Нет, не сделают”. Снова звонит: “Зайдите, пожалуйста, ко мне”. И кидает реплику: “Попрошу взять Вас с собой. Так будет надежнее”.

Не узнала Министр, что в предположении своем оказалась права. Письмо не подготовили. Появилось оно значительно позже. Подписывал его, как подобает, Первый. Неписаная заповедь национального чиновника.

Я рад первым публицистическим опытам в подходах к реформированию сектора, встрече с будущим Министром. Это истоки вхождения в советники. Не будь их, не готов бы был принять предложение, оказавшееся и интересным, и очень полезным.

В советники не напрашивался. Не предполагал даже, что спустя полтора года придется на время одеться в эту шкуру. Советник — государственный служащий! Пусть и невысокого ранга.

ВЗГЛЯД СНИЗУ

Самое время познакомить Читателя с моим пониманием проблем сектора и путей их решения на тот, кажущийся уже далеким, период трехлетней давности. Когда и в мыслях в Министерство, да еще советником, и в помине не было. Взгляды эти наиболее полно обобщены в статье “Выход один — резать, или амбиции на кругую должность в теневом Кабмине”, опубликованной “Зеркалом недели” (ЗН, 1997, № 26 (143)).

Делаю только небольшую литературную правку статьи, чтобы в русле книги. Взятый эпиграф из Бикмуллина — “Абсолютно бесстрастным может быть лишь кусок железа” — передает авторские переживания в связи с поднимаемой темой.

Итак, статья.

Страна в трудных экономических условиях. Здравоохранение тоже. Говорить много не приходится. Его дале-

ко не лучшее состояние освещается в прессе. "Зеркалом недели" (ЗН, 1977, №10 (127)). Уже похоронили Статью 49 Конституции Украины. Теперь, кажется, это же ожидает и само здравоохранение. Процессы, которые развиваются, еще год назад с нострадамовской точностью прогнозировал А. Мостипан в статье "Медицина Украины сегодня и завтра" (Медицина Украины, 1996, №3) . Прожитый период показал: к прогнозам не прислушались. О реформах говорим много. Но в истинном значении этого слова они отсутствуют.

Понимая, что нужны альтернативные программы, и поддерживая идею Теневых Кабинетов Министров (ТКМ), имею смелость заявить себя кандидатом на пост Министра Здравоохранения (МЗ) в Теневой Кабинет Министров.

Сегодня отрасль управляет практическим здравоохранением, медицинским образованием и медицинской наукой. Естественно реформирование рассмотреть по этим направлениям.

1. Реформа практического здравоохранения

Существующая система практического здравоохранения малосостоятельна. Громоздкая. Низкой эффективности. Высоко затратная. Уровень медицинской помощи в государственном секторе, не считая отдельных центров, на уровне середины столетия. Самое главное, она не в состоянии переживать то редуцированное финансирование, которое обещается, но не выполняется. Представим на минутку. По стране объем финансирования в отрасли — 54% от необходимого минимума, но не выполняется и наполовину. Его размазывание решает только задачу скорейшей деградации сектора. Многие, пока еще в полголоса, поговаривают о его крахе. Элементарный пример — даже сумка врача скорой помощи со скрипом наполняется простейшими лекарственными средствами.

Стагнация требует неотложных, решительных, теперь уже на все 100%, хирургических действий. Времени на размышления не осталось. Надо реструктуризировать радикально. Не сокращать половинчато государственную сеть здравоохранения и поощрять развитие частной, негосударственной. В государственной, если быть реалистами, как раз и надо рассчитывать на половину обещанного финансирования. Не больше. Хотя этого и мало, но не означает, что ничего сделать нельзя.

Нужны приоритеты. Прежде всего, кардинальная реструктуризация госпитальной медицинской помощи. Койки исключительно хирургические, акушерские, инфекционные, urgentные. Что касается соматических больных, только на случаи и период катастрофических нарушений здоровья. Сохранившиеся койки должны быть, однако, высокоспециализированными и работать на них должны люди от бога и по настоящему. Труд этот следует достойно оценивать. Как понять, когда на Западе на хирурга в год приходится более 1 000, а наш часто не дотягивает до 200 операций в год. Потому что слишком много их, хирургов. И настоящих, и других всяких.

С моей точки зрения достаточный коечный фонд составляет до 20% наличного. Тем более, имеем опыт с дневным стационаром при поликлиниках и стационаром на дому. Нет сомнений, большая часть коечного фонда стационаров выполняет социальные функции. Но социальные койки решают другие задачи и их необходимо передать на баланс функционального органа управления. Определенно дешевле, чем содержать самим.

Необходимо пересмотреть организацию скорой медицинской помощи. Не по карману, чтобы врач, и даже средний медицинский работник, был в любой такой бригаде. Функции их необходимо, пусть поначалу частично, передать, как на Западе, пожарным и милиции.

Важная альтернатива существующей системе поликлинической медицинской помощи — семейный врач. Но строиться этот институт должен на других организационных принципах. Иначе снова профанация.

Уже сегодня, в крупных, по крайней мере, городах интенсивно развивается частная медицина. В Киеве, Харькове функционирует медицинская помощь на дому, скорая помощь. И ничего. Выживает. Нельзя говорить, что совершенно недоступна слоям с низкими доходами. Ее поощрение включает механизмы конкуренции. Стоимость услуг падает. Экономическая депрессия, хотелось бы верить, не навсегда. Мало обеспеченные могут получать в ней через грин-карты. Если на что и способно сегодня государство, так это точно оплачивать расходы на медицинскую помощь.

Есть еще ведомственная медицина. Создана ведомствами под их задачи. Не анахронизм, и есть в процветающих обществах. Появилась на нашем пространстве во времена царской России. *До большевиков.* Не заострял бы проблему, если бы не попытки “проглотить” ее. Кишка, правда, тонковата. Исключения из правил допускаются. Ясно, однако, радоваться надо медицине ведомственной. Глядишь, хоть какое-то подспорье. И вообще, что ведомственное — вопрос ведомства. Ему выживать, ему и решать свои вопросы. Просто надо взять в функциональное подчинение.

Важная проблема — фармация. Сколько страстей! Вижу только плюсы в монополизации фармацевтического рынка. Вытесняется недоброкачественное, цена падает. Отдать в одни руки и здравоохранение и фармацевтический рынок, и завалит оно, здравоохранение страну одним — двумя лекарственными препаратами.

Много обсуждается медицинское страхование. Некоторым очень хочется побыстрее ввести его. Да еще так,

чтобы шло исключительно на государственное здравоохранение. Это уже проходили. Съест денежки чиновник, и не найдет и следа от них *пересічний українець*. Страхование должно быть, контролироваться государством, и может быть и государственным тоже. Но гражданин сам должен решить, куда поплыть денежкам по страховке. В государственную больницу или в частную. Маловато по страховке в частную, пусть раскошеливается, доплачивает. Или идет в государственную. Никто не имеет права за него решать его же вопрос.

Реструктуризация здравоохранения, вне сомнения, болезненно отразится на медицинских работниках. Но отказ от нее — крушение отрасли и судьба нации. С другой стороны, не болезненно ли отражается на них вакханалия с оценкой труда, невыплатами по зарплате? Мотивация к труду многими потеряна, боюсь, безвозвратно. Ждут случая, чтобы освободиться от этого бремени. Многие, знаю, нашли источники доходов, с профессией и не связанные. Тема болезненная, но решать надо.

Реструктуризация практического здравоохранения освободит основные фонды, прежде всего, в виде зданий и прилегающих территорий. Не в самых худших местах наших городов и весей. Почему не пустить через биржу, а денежки на здравоохранение?

Видим, мой проект в части практического здравоохранения не вступает в противоречие с Конституцией. Декларированная бесплатная медицинская помощь в объеме, сохраняющем жизнь граждан страны, обеспечивается. Гораздо лучше, чем сегодня, заметьте. Реструктуризация практического здравоохранения позволит решать его основные задачи на уровне финансирования, посильного государству. Если этого не сделать в неотложном порядке, громоздкий монстр практического здравоохранения про-

глотит не только себя. Крах его, не нужно объяснять, обернется катастрофой для страны.

Если я Министр в ТКМ, самую глубокую реструктуризацию практического здравоохранения считаю своим первым неотложным делом.

2. Реформа медицинского образования

В цивилизованном мире медицинское образование при университетах, которые в нашей стране вынуждены были получить эпитет “классические”. Это чтобы отличить от тех, что университетами и назвать нельзя. Понятно, классические университеты из Минобразования. Да ладно, бог с ним. Так уж сложилось на нашей многострадальной земле *ще за радянських часів*. Вывели в 20-х годах медицинские факультеты из состава университетов и переподчинили отраслевому министерству. Результат — наш народ нашим же врачам мало и доверяет. По большому счету, конечно.

Проблему медицинского образования, как и всякого другого, решать надо. Демократическими, ненасильственными методами. Если врачей много, чего же проще. Уменьшить, если не снять, государственный заказ. Учиться будущий врач будет в большинстве не за государственные деньги. Государству только доход от обучения.

Сокращение государственного заказа и падение спроса приведут к реальному уменьшению набора в большинство медицинских университетов. Скажем, до 100 человек на университет. Как в медицинских школах при университетах США. Понятно, таким медицинским университетам с этим набором выжить трудно. Могут *не потянуть*. Выход — войти в ассоциации с классическими или иными университетами Минобразования, если не влиться в них факультетами.

Не представляете студента медика в классическом университете? Тогда приезжайте к нам. На курсе не более

60 студентов. Госзаказ — 20 человек в год. Математику читает профессура мехмата, физику — физфака, химию — химфака, иностранные языки — факультета иностранных языков, биологию — биофака... Только медицинские науки медики и читают. Студент в многоцветной среде. У него возможности построить элективные курсы, какие душа пожелает. Получить параллельное образование? Без проблем. А для государства? На все сто выгодно. Определенно дешевле. Не потому ли в США около 150 медицинских школ при 150 университетах.

Анахронизм не только с дипломным, но и последипломным образованием. На Западе эти функции в большинстве решают не государственные, а общественные структуры. Хочешь быть семейным врачом? Сдай экзамены при Колледже семейных врачей, например, Канады. Хочешь быть кардиологом? Почему бы нет. Если ты в США — просим в Американский Колледж Кардиологов. Кто, кроме таких ассоциаций, будет реально заботиться об имидже представляемых ими специальностей?

— Чем выгодно для государств такое решение вопроса?

— Не болит голова за последипломное образование. И денежки вкладывать не надо. Более того, пенки снимать можно. Все теми же налогами.

Неестественно Минздраву иметь образование в своей системе и еще по одной важной причине. Сам себе заказываешь и сам себя контролируешь. Конфликт интересов это.

Если я Министр — в первый день вхождения во власть передаю медицинское образование в управление функционального министерства.

3. Реформа медицинской науки

С медицинской наукой тоже просто. Солидарен с Амосовым и Зербино: хорошей медицинской науки у нас

никогда не было. Это если отсчет начинать с 1917 г. Были, есть ученые, с большой буквы. Но ученые — это еще не наука. Сейчас она в состоянии, что лучше не анализировать. Почти везде отстали почти навсегда. В медицинской биохимии, генетике, иммунологии, трансплантологии... Лучшая исследовательская и диагностическая техника даже на выставки не приходит. Не купим, не по карману. С трудом вытягиваем на *секонд-хенд*. Даже новые в иммуноферментных диагностикумах в копейчку выливается.

Самое неприятное — Минздрав себе медицинскую науку заказывает и сам оценивает. Как с образованием. Поэтому одни и те же темы, одни и те же лица, одни и те же результаты. Непонятно только, почему говорим “уровень”, когда на практическом здравоохранении *не приживается этот уровень*. К чужому тянемся.

Как быть? Просто. Передать медицинскую науку в управление функционального Министерства. Минздрав сосредотачивается на здравоохранении, чем он и призван заниматься. Наука медицинская заказывается не себе. Значит, потребовать можно по настоящему. Скажем так: “Что же Вы, извините, дядя из Миннауки, нам подсунули?”

Нет, медицинские НИИ должны быть в управлении Минздрава. И финансироваться Минздравом, в объеме здравоохранных задач. Достойного качества исполнения. Это же НИИ! За финансирование научных работ пусть ученые посоревнуются. Да не так, чтобы каждому по серье, а кто как себя показать может. Выиграть в конкурентной борьбе.

Есть проблема АМН Украины. В цивилизованном мире академии — организации общественные, негосударственные. За членство платить надо. У нас наоборот. Во времена СССР в мире было две государственные системы академий: одна в — СССР, другая — в Испании. С распадом СССР их хотя и стало больше, но меньше, чем незави-

симых государств образовалось. Как только АМН изменит статус, не будет заглядывать в карман государственный как кормушку, так и буду баллотироваться в ее члены. Иначе это не академия.

Если я Министр — отказываюсь от управления медицинской наукой, сосредотачиваюсь на практическом здравоохранении. Вот уж, действительно, гора с плеч.

4. Управление здравоохранением

Вот, кажется, об управлении почти все. Это же просто: отказаться от несвойственных функций и сосредоточиться на здравоохранных задачах. Проблем, море.

По мне основная цель Минздрава — прогнозирование в отрасли. Но для этого необходимо упростить управление. Чтобы внизу не баллотировались решения, принимаемые наверху, а наверху, не дай Бог, не копались в мелком администрировании.

Думал, буду заниматься наукой и образованием только. Но вижу, чтобы не они одни, но и здравоохранение, государство состоялось, к государственным делам приобщаться надо. Заявляю себя на означенную должность в Теневой Кабмин.

Отредактировал статью. Вижу, почти все в ней правильно. Что писал два года назад, актуальности не утратило. С реформами проблема. Не было реформ, потому что. С моим пониманием причин, Читатель, скоро познакомитесь.

МИНИСТЕРСТВО

— Не плюй в колодец...

— Да я и не плюю, сам оттуда.

Министерство, которое увидел, принимаясь в советники и работая советником, произвело удручающее впечатление.

Многое носило следы совковости. Которая вряд ли скоро... Не зря Н.Моисеев, российский академик, в одной из книжек ссылается на сильную цитату, не помню уже кем и сказанную: “Новое находит признание не потому что побеждает старое, а потому, что носители старых идей вымирают”. Вымирать, не дай Бог, будем долго.

С другой стороны, в коридорах чувствовались перемены. Многие съежились, боясь перемен этих. А они нажимают, всякими функциональными обследованиями, сокращением аппарата, другими душераздирающими слухами.

И новенькими, сотрудниками значит, которые вроде бы и не показывают ершивости, но ершивенькие подчас. Приятно, ершивенькие самые из новеньких, принятых в последние годы, с новенько-ершивеньким, сказал бы, мышлением. Нет, конечно же, они приспособляются. Формула — думаю одно, говорю другое... она же в крови. С молоком, так сказать, впитана. Но приятно, что думают и делают самые-самые новенькие, когда ситуация позволяет, правильно. Это уже хорошо.

Жалко только, — ситуации эти не частые, и новеньких таких маловато. Нет критической массы. А система, поди, засасывает. То есть, воспитывает. И не воспитываемый если, в неровен час выкинет. Время перемен — оно разве ровное?

Понятно, проблемы Министерства — не Министерства, административной системы всей. Иначе, зачем Президенту реформа центральных органов исполнительной власти. Правильная очень.

Дело начато хорошее. И начиналось в бытность много раз. Даже на моем веку. А.Косыгин на память приходит, другие... Но цена всем реформам была — грош в базарный день.

Не дай Бог, чтобы такое случилось и с этой.

Изменение, сокращение, укрупнение, переименование всяких структур управленческих — блеф все это. Надо изменять чиновника. Чтобы профессионалы работали. Условиями чиновника такими окружить, чтобы он на пользу только. И свою тоже, разумеется, но обязательно государственную. И чтобы отбор был по конкурсу. Настоящему. Чтобы ни один из принципов Питера. И чтобы не в одном Министерстве, а по всей административной системе.

Причины многие, большинство, не в чиновниках, но системе. Как можно работать, когда политику Политика, Министра значит, замы внедрять времени не имеют. Так система управления организована, была на мой период, что за пределами Министерства не только Министр, замы ее, но и руководители главков. Более того, чиновники рядовые.

Другого ждать и не приходилось. Только авральные методы и в самый раз.

Критиковать каждый может. Вот осуществить позитивные перемены...

Над сим и работали.

Много камешков в фундамент будущего Министерства закладывалось. Все делалось, чтобы Министерство на переходный период было “в масть” административной реформе.

Надеюсь, идеи не пропали даром.

КОЛЛЕГИЯ

Коллегия — “сливки” сектора. Самые-самые. Коллегия — очень мощный инструмент. Или должен быть таким.

Но все не везло. На которых побывал — так себе.

Чтобы, не дай Бог, не обидеть, приведу пример, когда ничего и не разберешь. Надо же спрятать... Сам, что, не знаю.

Была, или не была, коллегия. Расширенная. Это, значит, когда “сливки” по всем трекам сектора. Когда всех всех, оторвали... И когда командировочных потрачено было много-много.

Коллегия, как любое уважаемое собрание: вопрос, докладчик или докладчики, прения, проект решения, принятие решения. И так по каждому вопросу.

Небольшой пас в сторону. Меня всегда удивляла. Медицинская деятельность наша. В лечебных учреждениях. По медицинской помощи, конкретной. Пациенту конкретному. Это когда пациент сам по себе, история болезни сама по себе, лист назначений сам по себе, и врач сам по себе. Не раз приходилось видеть, последняя редакция листа назначений в день выписки. Когда лист закрывается. Значит, назначили, и без перемен. Как будто бы со здоровьем пациента в лечебном учреждении том ничего не происходило.

Так и на коллегии этой. Или похожих. В выступлениях — одно, в прениях — другое. А решение? Проект которого подготовили заранее. И даже если между выступлением (ями) и прениями — ничего общего, не страшно. Замечено не будет.

Непонятная коллегия.

К коллегии хорошо готовиться надо. И “сливки” на нее тогда только, когда помощь “сливок”, ну очень, очень нужна.

А так!

Не коллегия это была, не коллегия! Многие так и говорили. Не помню только, по поводу этой, или другой, похожей.

Как нужен ветер перемен в секторе! Административных, конечно же.

KNOW-HOW

Есть такая структура в Великобритании. На Украине тоже работает. Размещается в посольстве страны своей.

Напрямую встречались один раз. Появились в Министерстве. Зашли к одному заму, другому. Затем к советникам. Поговорили, помечтали. О построении красивого финансового менеджмента в секторе. Обещали, все начнется с февраля. Уже конец февраля, так что, может быть, и начали.

К этой, не начатой работе с know-how, готовились. Всякое дело должно быть обстоятельно подготовлено, чтобы... с водой не выплеснуть. Правильно, и ребенка тоже. Чтобы без революций, эволюционным путем.

В переписке запрос — есть три стипендии в Йорк по менеджменту в здравоохранении. Нужно хорошее знание английского.

Хотелось, чтобы поехали чиновники Министерские.

На жаль, по этому критерию найти не удалось.

Не “наезжаю” на чиновника. Надо помочь ему в реализации желаний повысить свой профессиональный уровень. Образовательными механизмами всякими. В иностранных языках в первую очередь.

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Информационное письмо? Е-ру-н-д-а какая-то! Совковых времен. Всякую “муть” печатают. Для галочки. Соискатели. Степеней ученых. Чтобы подтвердить псевдонаучно-практическое значение.

Хороша идея информационного письма. Проинформировать. Аудиторию. О чем-то новом. Интересном.

Польза практическая. От письма информационного. Если незаангажировать. Прибамбасами совковыми.

В Министерстве. Проблемы реформирования сектора. О реформах которого говорится много. Но делается...

Спит Министерство, спят регионы. Не все.

Где с управлением хорошо, положились уже на самих себя. На свой. Страх и риск. Делают реформы.

А как не делать, когда жесткие финансовые ограничения на сектор. Нет. Конечно же. Можно и не делать. Но тогда. Плавная деградация. Сектора. Как экономики в целом. Та, которая, хочется верить, проходила, но уже не проходит. Или проходить не будет. Потому что каждый раз думаем, наконец-то. Реформаторы.

Как делать реформы? Вопрос не праздный. Не легкий. Понятное дело. Всеми. Возможными силами и инструментами.

Один из серьезных инструментов — опыт. Положительный опыт. Тех, что впереди. Кто на свой страх и риск... Награждены. Состоянием здравоохранения. Которое, скажем, и не совсем. Но лучше. Намного. Чем у других.

Почему бы не информационное письмо?

За подписью Министра просьба. Написать. Информационное письмо.

Откликнулись одни.

Ну и, слава Богу. Первый шаг сделан.

Распространили информационное письмо. Обратную реакцию получить не успели. Министр ушла.

Надеюсь, с пользой. Письмо информационное это.

СНЯТЬ С КОНТРОЛЯ

- На контроле?
- Сколько у тебя контролей?
- Снял с контроля?

Вот чем живет в своем большинстве чиновник Министерства.

Контроль. Поглощает чиновника. Все существо его поглощает. Нет. Не остается времени на другие проблемы. Потому что контроль. Потому что с контроля снять надо. Потому что процесс этот — мерило оценки эффективности работы чиновника. Не снял вовремя, напоминание. В лучшем случае.

Жутковатая картина? Некрасивая? Может быть, и не так на деле самом. “Фантазии...”, понимаете ли. Но под рукой “Звіт про проведення функціонального обстеження Міністерства охорони здоров’я”: более 80% рабочего времени уходит у чиновника на “снятие с контроля”.

На контроле многое. Все, что входит в Министерство. Из администрации Президента. Кабинета Министров. Верховной Рады. Нижестоящих и параллельных органов управления. И от граждан. Обращения. Из органов управления, что выше, не все управленческое. Далеко не все. Много — снова обращения граждан. Обратился гражданин в Парламент, а оттуда... Правильно, перекинули в Минздрав. Футбол, понятное дело.

Набил руку чиновник на контроле. Но засыпает он чиновника. Засыпает. Особенно много его во время избирательных гонок всяких. Вздохнуть некогда: говорил мне один чиновник среднего уровня. С которым сложились теплые отношения.

Одна из важных проблем на аппаратных совещаниях: как контроль, как с контролем.

Контроль — беда. Подстерегает. Не успел, не так повернулся — наказали. Подстерегает он чиновника. Поэтому ему, чиновнику, другие проблемы как-то больше боком.

Для меня контроль, все равно что “Женщина в песках”. Кобо Абе такого, помните? Стал чиновником, планов — громадьё. Потом начинаешь бороться. С контролем, ясное дело. Потом свыкаешься. Потом наступает момент, и контроль — блаженство. Снял с контроля — и эндорфины, эндорфины, эндорфины... Фу-ты черт, зелье!

Контроль — беда не чиновника, но Министерства. Берите повыше. Министерств!

Должно Министерство разработкой и реализацией политики заниматься. Силами чиновников. А чиновник погряз в контроле. Значит, повременим с политикой. Вот и получилось, что проекты в Мировой Банк от советников. А должно было... Правильно, правильно. Организовано чиновниками.

Что делать? Хороший менеджмент нужен. Чтобы чиновник занимался чиновничьим. Один-два специалиста на снятие контроля, и дело в шляпе. Писал такой рапорт Министру. Может, Новый внедрит.

А может быть, контроль этот, все равно, что судьба.

ТИНА

Серенькая жизнь. Засасывает. Тина, одним словом.

А как жить? Как планы, грандиозные, строить? Когда каждый день о куске хлеба.

Потому что не прокормиться. На зарплату чиновничью.

Вот и ходят шутки всякие. Вот и смотрят по сторонам...

Министерство, как часовой механизм. Отлаженный. Но старый очень. Закрытый ветрам всяким. Перемен.

И правильно это. опытом горьким научены. Перемен не было, нет, и не будет, многие считают. И, получается, не ошибаются. Не ошибались пока, по крайней мере.

— Вы с идеями Вашими... уйдете, а мне работать здесь, — отвечал на предложения чиновник.

Нет. Он хороший человек. Очень даже. Идет на встречу идеям. Даст слабину, раскроется вдруг. Блеснет, и померкнет. Холодный липкий пот: Что это я делаю? Они уйдут, а мне оставаться.

Функциональное обследование Министерства проводилось Секретариатом по административной реформе центральных органов исполнительной власти при Кабмине.

Процесс болезненный. На чиновника “наезжают”... А это стресс. Не физиологический, дистресс. Переживания всякие. Здоровья не добавляет.

Но не об этом я. Смаковать не собираюсь. Потому что обидно за чиновника. В “шкуре” которого сам побывал. Лучшей жизни достоин чиновник. Чтобы он на Родину — надо, чтобы Родина на него. А то дурдом какой-то: “...пред Родиной вечно в долгу”. С совковых времен тянется.

Хочу о тине поговорить, засасывает которая, инициативу всякую давит.

В рамках обследования попросил Секретариат у чиновников функциональные обязанности. Понимаю, должны они были быть выписаны каждому чиновнику. Соответственно рангу, возложенным обязанностям... Принимаешься на работу, а тебе — функциональные обязанности.

Не оказалось этих функциональных обязанностей. Придумывать пришлось. На ходу.

Вот лежат передо мной эти функциональные обязанности. Интересные. У одних объемные. Чего только не делает чиновник. У других совершенно скудные. То ли с воображением худо, то ли откровенен до глубины души.

Непонятно даже как-то. Вон, то подразделение — архиважное, а функциональных обязанностей — пальцев на руках хватит... Другое, вроде бы так себе, но по выписанным функциональным обязанностям... Что Вы, что Вы!

Ясное дело. Врасплох застал Секретариат чиновника. Потому что у него как бы есть, но как бы и нет... функциональных обязанностей.

Одну знаю точно, обязанность функциональную, присущую всем, — “снять с контроля” называется.

И если в тупик чиновник функциональными обязанностями поставлен был, это означает, что...

Ну ладно, бог с ним. Посчитаем, что чиновника при инаугурации с функциональными обязанностями в устной форме знакомят. Почему бы и нет? Для экономии времени. Примем нулевую гипотезу. Пусть будет так.

Есть один интересный документ, который всю жизнь Министерства определяет. Называется он что-то вроде “Положения о Министерстве...” В этом документе написано, что такое Министерство, какие его цель и задачи... И, в контексте функциональных обязанностей чиновника, какие права и обязанности Министерство имеет.

Для меня, окончившего мехмат университета, очень просто. С функциональными обязанностями чиновника все хорошо, если будучи собранными по всем чиновникам, они, эти функциональные обязанности, полностью пересекутся с правами и обязанностями Министерства. А если нет? Если функций выполняемых больше? Значит, перебирает Министерство функции. А если меньше? Не довыполняет Министерство функции. А если в одной части больше, а другой меньше? Значит, объединение неувязок. В одном не добирает, в другом перебирает.

Так вот, в силу того, что чиновника вынудили придумывать, оказалось: одни функции он сильно перебрал, а другие...

Верно, не вы-пол-ня-ет.

Значит, и Министерство работает не так, как хотелось бы. Как положено ему работать.

Понятно, о чем это здесь. О менеджменте пло-хо-ом.

С функциональными обязанностями проблема только? Если бы!

Появились как-то варяги. Пришли в Министерство с проектом нового Закона! А с законопроектами здесь проблема. Не рожаются они, законопроекты эти.

Вот Министр и поддержала варяг. Аппарату задание: побыстрее изучить и дать предложения.

Плоховато было мне как-то от знакомства с этим законопроектом. Вижу, непрофессионально. Совсем непрофессионально. Те статьи — с того Закона, принятого, другие — с другого... Компот какой-то, солянка сборная.

Министру докладываю: не годится. В ответ: Вы бы лучше поработали над законопроектом, чем критиковать. Аргументы: “сапоги... должен сапожник”, подготовку к созданию условий для законотворчества начали, — не в счет.

Процесс пошел. Размножил кто-то проект, разослал по структурам. А структуры реакцию позитивную, замечания по мелочам. Как же без замечаний? Скажут, не поработала структура... Только одно-два подразделения и нашлись, которые оценили проект, — не проект это. Нечто вроде.

Встреча с Комитетом Верховной Рады подтвердила потом, — не проект это. И не намерения даже.

Мораль для меня, в чем неоднократно потом убеждался, пристально приглядываясь к работе чиновника, не знает он в большинстве своем, чиновник, законодательства нашего, не знает. И не только на уровне государственном в целом, но на уровне сектора даже. Иначе бы тогда он как?

В квалификационной характеристике чиновника должно быть, в первую очередь, знание законов, и всяких других нормативных документов. Пополнять он знания эти должен. И проверять на их усвояемость надо. Чтобы не тина. Даже и не знаю, есть в Министерстве квалификационные характеристики на чиновников? Может быть...

Задумывали институт менеджмента в здравоохранении. Общественный. Обсуждали тему с донорскими организациями. Нам обещали помочь. Изучить возможность сделать что-то в виде филиала того, что в Венгрии. Института открытого общества, или как он там называется. Кажется, не мало поработал в Министерстве, а точное название этого института не помню. Не судьба, понимаю.

В планах получить грант Мирового Банка на институциональное развитие Министерства главная цель — поспособствовать профессиональному росту чиновников. Чтобы стали генераторами идей в секторе. Тину тогда точно разорвать удастся. Один раз. И навсегда.

ВСЕ БЕДЫ В УПРАВЛЕНИИ

Когда говорим о социуме, проблемы управления более чем важны. Слава Богу, стали понимать на самом высоком уровне. И пусть административная реформа центральных органов исполнительной власти больше декларируется. Все-таки, “запахло” реформами. Значит, и реформы, и их результаты не за горами. Хочется только, чтобы побыстрее они, реформы эти.

Далее по тексту следующая, обещанная из “Зеркала недели” (1998, N37(206)), статья с названием “Если плохо с регуляцией...” Она — еще одно объяснение принятия предложения поработать советником. Это, чтобы поспособствовать улучшению управления в секторе.

Ближе к статье. Важность управления в ней для сектора понятна с самого, что ни есть, биологического уровня.

Трудности жизни нашей связаны с управлением. Несостоятельно оно, если “тиной зарастают острова надежды”, а страна катастрофически нищает.

В поисках выхода из кризиса обращаемся к опыту. Государств других. Соседей близких и не близких. В чем-то он дает положительные результаты. В чем-то не срабатывает. Чаще, однако, получаем “синдром рикошета”. Когда ждали одно, но получили...

Почему так? Что делать? — непраздные вопросы национального уровня значения.

В переживаниях за судьбы Родины хочу обратиться к опыту биологии человека. Его наиболее важном в шансах выжить, быть здоровым и крепким, в предостерегающих опасностях заболеть, неотвратимости смерти. Внезапной, в том числе. Которая, казалось бы, на фоне полнейшего благополучия.

Бум, переживаемый медициной клинической, состоит в осознании исключительной роли для здоровья и болезни человека, шансов на жизнь и смерть, регуляторных систем и процессов. Хороша регуляция — будем жить! Плохо с регуляцией — прогноз не на здоровье, но жизнь становится, как любят в нашей среде говорить, пессимистической.

В медицинскую практику парадно вошла технология спектрального анализа сердечного ритма.

Каждый врач, студент (!) с третьего курса медицинского факультета знают: в ритме информация кроется не только о сердце, но и о здоровье в целом. Один пример. Маятникообразный ритм сердца — свидетельство угасающей жизни.

С технологией узнали мы, что ритм сердца, более верно, изменения его, вариабельность — не отражение деятельности сердечно-сосудистой системы, но результат регуляторных влияний управленческих систем, от простейших местных рефлекторных образований и до сложной, не понятой до конца поведенческой деятельности человека. Раз результат этой деятельности, значит, средство ее познания, диагностирования по-нашему.

Что дала технология спектрального анализа сердечного ритма?

Она связала шансы на жизнь и смерть с регуляцией. Чем выше вариабельность, тем больше резервы здоровья, шансы выжить и противостоять превратностям судьбы. При ее падении ниже критического значения смерть начинает “дышать в затылок”. Это при том, что человек, окружающие думают: “Все хорошо”. Ничего хорошего. Низка вариация, как бы не петушился, жить прописано не более двух лет ближайших. Если регуляцию не повысить!

Следствие для Отечества — поволноваться надо. Всем. И власть придерживающим. И от власти страдающим. Если власть не власть, если власти не видать — плохо. Угроза, как любят красиво говорить, национальной безопасности. Власть должна быть. Сильною. Потому что, если ниже критического уровня, распад, смерть государства неизбежны!

Далее, качество регуляции. Качественная — все “ОК”! Можете петь пациенту дифирамбы. И обещать. Не ошибетесь. И финансовое положение улучшите. Свое. Только не забывайте внушать, что все это — результат Вашего упорного труда. Беда, когда уровень регуляции высокий, но сама она бестолковая. Боже упаси обещать. Горя не оберетесь! Во всем будете виноваты. Если не сообразите, что лечить Вашего пациента — не бросаться на симптомы болезни, но вмешиваться в регуляцию. Поправ-

лять ее, другими словами. Технология показала: только определенные соотношения в гуморальной, симпатической и парасимпатической регуляции — залог здоровья. Выродилось одно из звеньев, и пиши — пропало. Толку не будет.

На государственном уровне это называется балансом властей. Когда есть власть и президентская, и парламентская, и судебная... И когда они в нормальных пропорциях. У нас же парламентскую власть долго лихорадило. По какой причине — понять не трудно. Нас самих отражает. Хочется надеяться, кризис позади. Как никогда нужна сильная, но *качественная, полноцветная* власть! Опыт биологии человека, что ни в самую масть.

Третье — адекватность реакций на стресс и устойчивость регуляторных систем. Возникает напряжение, физическое ли, психическое, и регуляция отреагировала. Стандартными, отработанными эволюцией и закрепленными генетически механизмами. Поднялась гуморальная, взорвалась симпатическая, подавилась парасимпатическая. Точно в соответствии с характеристиками стресса. Перестроился организм, система регуляции с характерными временами релаксации вернулась на базовый уровень. Ну а если реакция неадекватная? Безразлично, недостаточная или чрезмерная. Беда. Жди осложнений. Первые признаки ненормальности регуляции — это когда реакции на стресс адекватные, но времена релаксации задерживаются. Устала регуляция, стало быть. Все бы оно ничего. Но эта скрытая симптоматика — предвестник угрожающих событий. То ли хронических болезней, когда выздороветь, если быть честным, нельзя. То ли катастрофических глобальных нарушений здоровья с абсолютно неблагоприятными исходами. Через внезапную смерть. Сердечную, наиболее часто.

В государственном управлении с реакциями на процессы в стране давно не порядок. То они запоздалые, то мотивы им найти трудно. Как-то еще живем, потому что мало реагируем на власть. Она сама по себе. Мы тоже. Выводы следуют сами собой.

Самое важное, что показала технология, — нормой здоровья является высокая ментальность управленческих реакций. На всех уровнях. Во всех звеньях. Слушаем хорошую и плохую музыку — регуляция, соответственно, улучшается и ухудшается. Ментальность управленческих реакций — очень важный признак. Не утрачена — “мягкими” мерами здоровье можно поправить. Утрачена — беда. Тяжелая артиллерия в виде лекарств или, еще хуже, оперативных протезирующих действий требуется.

Что касается общества, боюсь, с ментальностью управленческих реакций плохо. Создается впечатление, общество не реагирует. Обещаниями “сыты по горло”.

Совсем недавно, лет десять назад, думали, “спектральный” приговор все равно, что судьба. Приказано умереть, значит умирать. Потом оказалось, беда, что в лечении больных не учитывали регуляторные системы. Их запасы, устойчивость, адекватность реакций, отклик на вмешательства, и т.д. Сегодня мы разумнее. Не просто оцениваем в здоровье и болезни регуляцию. Нам еще важно знать и степень ее соответствия здоровью и болезни. Проверяем, а как, собственно, планируемое лечение отразится на регуляторных системах. Повысит их степень и качество? Или наоборот. Сегодня на ряд лекарственных препаратов в их длительном применении наложен мораторий. Потому что, вроде бы, способствуют выздоровлению. Но в то же время ухудшают регуляцию и повышают риск внезапной смерти. Вывод — для сохранения здоровья, выздоровления, профилактики катастроф важна, прежде

всего, хорошая регуляция. Поправлять надо. Не дай бог, усугубить.

Вот для государственных мужей задачка и вытекает. Посмотреть еще раз на построенные механизмы власти. Покачать. Проверить на соответствие. А что делать надо, биология человека прямо подсказывает. В обязательном порядке управлением заниматься. Беспокоиться о его качестве. Это, чтобы разные звенья власти, да не против друг друга, но во имя *пересічного громадянина*. Самосовершенствоваться, отвечать текущему моменту. Иначе — углубление кризиса и опасность существования государства. Над ментальностью, верой народа во власть подумать обстоятельно надо. Приказными методами не получится. Хочется верить, что утрачена она, ментальность государственного управления, не до конца.

Вот они, понимаю, ключевые камни реформы сектора, как и страны в целом. Прежде всего, хорошее управление построить надо.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СЕМИНАР

Месяца четыре в Министерстве. Немного обтерлись. Движемся вперед. В освоении сектора. Проблем сектора. Поиске решений сектора. Министр “наезжает”. Все ей мало.

Честно, нам тоже мало. Потому и спешим. Накатывается информация, накатываются и решения. Формируется новая политика. Оттачивается. В коридорах власти. На всяких семинарах. В работе с другими органами государственного управления.

Начинаем понимать: не заработает политика. Если внизу принимать ее не будут. Где вся кухня здравоохран-

ная, хорошо ли, плохо ли, варится. Низ главный. Вершина наших устремлений.

Вывод. Пора привлекать инструменты паблисити. Они разные. Содержательный, казалось тогда, и правильно, — лицом к лицу с главными. Врачами. Районных лечебных учреждений.

Идея есть. Дело за малым. Реализовать. В глобальных изменениях политика Министра прокатывалась. И не раз.

Идея Национального семинара. С патриотическим, сказал бы, запалом: “Реформа здравоохранения Украины во имя Человека”.

Хороша эта идея. Но денежки? Откуда? Сам писал в прессе, голенькие наши районные... Не просто обветшалые, но голенькие... Деньжат нет ни на что. Даже на самое простое. Картошку, например. Значит, не приедут на семинар наш. Если финансирование не найдем...

На ловца и зверь бежит. С первых дней у Министра открытая политика. Поддерживаемая. Донорскими организациями тоже. Один из настоящих доноров — Канадское Агенство Международного Развития. Мы в тесном контакте с программой “Молодь за здоров’я”. Помогаем им. Помогают они нам. Умножаются усилия наши. А тут у канадцев “проблема”. Денежки появились. Использовать надо. И быстро.

Спрашиваем: “Семинар не хотите? Национальный!” “Клюнули!”

Благодарны канадцам. Помогли. Реализовать семинар этот.

Проводили его по регионам — запад, восток, юг. Трудно было. Одной команде. С региона в регион. Но и полезно, и интересно было.

Лицом к лицу. С вершиной административной системы сектора.

Каждому участнику семинара — полный, что ни есть, комплект. Документов. По реформам. Тех, что Министр начала реализовывать.

Наиболее удачным он, семинар этот, был на юге. В Одессе. Без налета всякого. Политического, ввиду имею. Баталии отгремели. И опыта прибавилось. И круглые столы получились. Это когда семинаром, сказал бы так, управляют Главные. Врачи районных больниц. Хорошо управляют! Генералы!

Трудно им там. Очень трудно. На вершине сектора. Далеко до него от Министерства. И всех тех, кто пониже, часто, тоже. Предоставлена она, вершина наша, большей частью, сама себе. Да не просто представлена. Зажата. В тисках. Ограничений всяких.

И выживает. Поражаюсь живучести. Восхищаюсь живучестью. Всей шкурой чувствую, административная реформа нужна, как воздух. Чтобы не задохнуться. Выжить. Хорошо выжить! Построить. Обещанное политиками и желаемое. *Пересіченими громадянами.*

Чем восхитили, понравились генералы? Волей, мужеством, позитивным отношением к жизни, верой.

В будущие успехи. В большинстве своем они люди нового времени. Не жаловались. Не просили. Финансирования или бартерных эквивалентов. Благодарность передавали. Министру. За открытую политику. Правильную переориентацию ценностей. И рассчитывали. На поддержку. Законодательными и нормативными актами. Конкретно называли, какими.

Мы обещали. Наша уверенность передавалась им. Их уверенность передавалась нам. Открывались горизонты.

Не может быть так, чтобы реформы не состоялись. Должны состояться. Обязательно. Ведь просто это. Очень просто. Построить нормальное общество.

Национальный семинар этот — ключ. К ларчику. Который просто открывается. Диалог — мощнейший инструмент консолидации общества. Реальнейшая созидательная сила.

Воспользуйтесь примером!

НАДО БЫ ИЗВИНИТЬСЯ

Не надо бы, а надо. По настоящему извиниться. Что не выполняю обещанное. И эта исповедь, все равно, что извинение.

Обещал. Да еще как, перед уважаемой, очень уважаемой аудиторией. Главными врачами районных больниц Юга Украины. На Национальном семинаре.

Шел круглый стол. “Крутили” тему практического здравоохранения, которое на передовой самой. Мы, от Министерства, рядовыми. Они, врачи эти главные, руководителями. Круглого стола.

Делится главный врач одного маленького городка, которых по стране нашей раскидано-раскидано, со всеми опытом. Привлечения внебюджетных источников. В скудное практическое здравоохранение городка этого.

Не только он так делает. И в других местах делают примерно так же. Но мест таких ма-ло-ва-то пока. Очень даже ма-ло-ва-то.

Идея простая. Город создает фонд. Специальный. Здравоохранный. Пусть называется, например, “Больничная касса”. И цели у фонда этого специфические очень. Все средства на здравоохранение. На медицинскую помощь. На лекарства. На то, чтобы врачей, чиновников от медицины заинтересовать.

Там, где идея воплощена, немного легче медицинской общественности. Что-то, как-то, но получается. У некоторых, как у этого главного, даже неплохо.

Но неувязок много и нужна помощь. От Министерства в первую очередь. Это, чтобы юристы тему “покачали” и подсказали, и помогли, чтобы что, да обязательно, дополнениями и изменениями в Закон о страховании. Есть такой.

На конкретный вопрос — конкретный ответ: сделаем! Не буду повторяться, что инициировали к тому времени институт медицинского права и были все признаки того, что заработает.

Просили главного коллеги его также, чтобы опытом поделился. Понимаю, написал информационное письмо. То, которое жизнь сама требует.

А я возьми и пообещай, что поможем с грантом. Помогли бы. Но... Не в Министерстве я. Не имею, значит, на то полномочий.

Вот и извиняюсь.

МИРОВОЙ БАНК

Приятные воспоминания от встреч с представителями Мирового Банка. Позитивными результатами.

Продуктивное сотрудничество оказалось. Инициированы два серьезных проекта. Построены планы на будущее. Хотел бы выразить надежду, что новая команда Минздрава разовьет начатое.

На тему Мирового банка вышли и случайно, и не случайно. Месяца полтора в Министерстве. Формирование представлений о его аппарате. О системе управления. Секторе в целом. Вычленение наиболее серьезных задач. Акценты на требующих неотложных решений.

Задач много. Из наиболее серьезных, и тогда уже мы это поняли, та, что в рамках президентской административной реформы центральных органов исполнительной власти. Лучше иметь сто баранов...

Еще одна такая — эпидемии туберкулеза и СПИДа в стране. Нет необходимости приводить аргументы, что задача сродни глобальным темам национальной безопасности. Равно, как и первая.

Как решать? Просто. “Состыковать” два потенциала — финансовый и интеллектуальный. Первый шаг — поиски финансов. Толку от интеллектуального вне финансового. Чтобы интеллект заработал, покажите ему пряник.

Вот и стали думать. Да что тут думать. Не в пустыне живем. Страна кредитами иностранными пользуется. Больше или меньше, эффективно или не эффективно, это другое дело. Но пользуется же. Кредиторов не так и много. Один из них — Мировой Банк.

Виртуальный мир — виртуальные возможности? Мир виртуальный. Возможности реальные. Посетили WEB-сайт Мирового Банка. И надо же! Кредитует Мировой Банк. Кредитует! Здравоохранные программы. На исключительно выгодных условиях. И отчет в виде таблицы представлен. Каких кредитов, по каким темам, на какие суммы, какое государство получило. Нам СНГ интересно. Из пятнадцати государств бывшего СССР только четыре не получали кредитов. Среди них Украина!

Почему? Теперь знаю. Аппарат Министерства должен быть таким. Чтобы решать всякие задачи. И поиска финансовых вливаний в отрасль тоже. Многоканальными методами. Которые декларируются. Неплохой этот источник, Мировой Банк. Такие наши “братья по несчастью”, как Россия или Армения, воспользовались на полную катушку. И продолжают пользоваться.

Рискнем и мы. Тем более, с темами определились. Сам написал проект по институциональному развитию сектора. Принял участие в организации и написании проекта по туберкулезу и СПИДу. Приаттачивать тексты проектов не буду. Не специалист в этих проблемах. Что-

нибудь вдруг покажется... и удобный случай... Сами понимаете. Тем более, дело это не мудреное, проект представить. Было бы желание.

Проекты составлены, в Мировой Банк направлены.

Поразил Банк. Оперативностью. Позитивностью. Квалифицированностью. Мудростью, наконец.

В Министерстве шум. В страну миссия Мирового Банка. В портфеле предложений интересных два от Министерства. Два и посылали. Начало обещающее.

Первая встреча с миссией. Не встреча. Работа. Тяжелая. До пота. Проекты готовили советники. В работу с миссией, однако, привлекли ведущих специалистов Министерства. Эту практику продолжили и далее. Чтобы обеспечивалась преемственность. Мало ли что. Не вечные ведь. Планов громадьи. Но не все сразу сбывается. Глядишь, на скаку... С другой, тему развили, и надо дальше. Институт советников, понимал и понимаю, племя такое. Предложи, запусти, поддержи, и далее двигай. Давай, давай идеи!

Миссия Банка — команда солидная. И, самое важное, разноцветная. Кто-то из Болгарии, Венгрии, Канады. Естественно, из США. Отнюдь не коренные американцы.

Вымочалили они нас в первый раз. Вымочаливали и в последующих встречах. Подход у них. Мозгового штурма, понимаю. Качают, качают... Потом уходят. Собираемся. У них уже предложения. Пропустили. Покачали. Покрытиковали. Почистили, то есть. И так, step by step, на выходе продукт! Красивый! Авторство? Соавторство. Плод коллективного труда. Правильно организованного. И никаких личных... Обид. Претензий. Чего-то там еще. Совкового. Которым вот так, по горло...

Первая, вторая, третья миссии. И все. Документы готовы. Поддержаны правительством. В Мировой Банк направлены. Думаю так, небольшая проворность со стороны

Министерства, и финансирование пойдет. И грантовое на институциональное развитие. И кредитное, на преодоление эпидемий. Туберкулеза и СПИДа.

Встречи с Мировым Банком — хорошая школа. И на них бы — да весь аппарат, да всех министерств, да студентов с менеджерских факультетов. Поучиться чтобы. Административная реформа, усвоил, — это когда она, извиняюсь, в головах!

Потом были встречи с миссиями ВОЗ, других донорских организаций. И каждый раз схема мозгового штурма. Применялась. Не дешевая. Силы крупные привлекаются. Разносторонние. Зато надежность!

Вот нам бы, во власть, да мозговой штурм. Больше успехов было бы.

ТУБЕРКУЛЕЗ И СПИД

Стоило обратиться Министерству в Мировой Банк с “туберкулезом и СПИДом”, как его начали захлестывать доноры. Раз Мировой Банк поддерживает, надо поближе. Учили же когда-то в школе о рыбаках-лоцманах, которым обедок много-премного.

Активизировалась ВОЗ после встреч наших с Мировым Банком. Для многих — рыбака-лоцман. Так не только думают, говорят. Благо, они, с ВОЗ, по-русски, а тем более по-украински, ни бум-бум.

Нет, не правильно так связывать. Это я “муху”.., чтобы заинтересовать в теме.

Всегда так. Где в здравоохранении Мировой Банк планирует, разведка, десант — это ВОЗ.

Пилотные проекты ВОЗ — до кредитного финансирования Мирового Банка. Чтобы изучить конкретные условия, особенности условий этих. Чтобы риска меньше было потом у Мирового Банка.

Оставим СПИД. Поговорим о туберкулезе, который не только у нас.

Весь мир захлестывает туберкулез.

Весь мир и борется.

Одним миром.

Только мы по-своему.

В мире DOTS-терапия. Конкретная. Результативная. Эпидемия быстро уходит. Потому что противоэпидемическая терапия эта. Ее акценты — популяция. Не конкретный человек.

Нет эпидемии, резкое падение опасности новых случаев... Здоровее популяция — время оглянуться по сторонам. Заняться теми, кто болен. По серьезному. Кому индивидуальный подход нужен.

У них нет противотуберкулезной службы. Диспансеров. Дорогого. Они денежки считают. Или же по-другому. Доверяют врачам передней линии. Аналогу участковых терапевтов наших. Что, туберкулез — это пуп?.. Образование особенное подавай? Или одно из заболеваний. Инфекционных. Под силу врачу-терапевту всякому.

Перед миссией ВОЗ такие слухи распустили: DOTS для третьего мира.

— А мы что, из первого?

Перетирают, перекручивают тему.

Я то из WEB-сайта Мирового Банка знаю точно: DOTS и в развитых странах тоже.

На памяти встреча с первой миссией Банка. Был в ее составе американец. Делился опытом DOTS-терапии в Нью-Йорке. Позитивным.

У нас не так. Лучшая в мире система. Целая противотуберкулезная служба. И индивидуальный подход к пациенту. Лечение не болезни, но больного.

Беда только, что, как и все остальное, от службы этой “рожки да ножки.” Живая по-настоящему на бумаге только. А так... Одни осколки. Жалко смотреть на службу эту.

Нельзя поступиться принципами: нашел туберкулез — в диспансер направляй. Там диагноз подтвердят. И отпустят. Помню статью в “Зеркале недели” трехлетней давности: “Идут умирать домой, по дороге заражая встречаемых”.

До сих пор перед глазами встречи с миссиями ВОЗ.

Результативные эти миссии. Поучиться было и есть чему. Чувствуется сила. Во всем. В методиках, результатах, выводах, рекомендациях.

Подход, понимаю, для западного мира один. Мозгового штурма. Как тот, что в Мировом Банке, помните? Выжимают, вымочаливают. Но не напрасно.

Отчет готов. Надо шлифовать.

Проводит встречу Миссия. На встрече аппарат Министерства. И самые-самые в туберкулезе наши.

Так и рассказываются. С одной стороны Они. С другой — наши. Лицом к лицу.

В отчете ситуация, проблемы, возможные пути решения, что будет делать ВОЗ, что должны подготовить мы. Наша сторона, то есть. Чтобы усилия ВОЗ оправдались.

Болезненный отчет этот. С одной стороны все так. Все правильно. Точно выверено. И надо бы согласиться.

С другой, принять, значит признать. Что принципы не работают. А еще страх. Что система будет разрушена. Потому что нет в DOTS-терапии места этой системе. Противотуберкулезной службе в нашем понимании.

Вот и оппонируем гордо. Не слышим. Правильно если, не хотим слушать.

Миссии бы обидеться. Но она, как старший брат. Знай, гнет свою линию. Может, кому-то и хотелось бы

очень. Но дверью она, Миссия, не хлопнет. Воспитанности хватит.

Так что, с этого года в стране пилотные проекты DOTS будут набирать силу. Под флагом ВОЗ. Нет. Не так. Под флагом Министерства нашего и ВОЗ.

Дорогу осилит идущий. Все будет хорошо.

А СПИД?

СПИД — падение иммунитета и почва для распространения туберкулеза. Значит, вместе решать. Двойной удар. “Сила двух сердец”.

Молодец ВОЗ. Так хорошо знаный системный подход. Да в практической плоскости.

Я ЛЮБЛЮ ТЕБЯ, ЭЛИОТ

Американское Агенство Международного Развития. АМР США. Одна из крупнейших донорских организаций. С солидным бюджетом. В социальном секторе. Здравоохранении тоже.

Вкладывает деньги в сектор здравоохранения. Не так, правда, как хотелось бы Министерству.

Но... Кто платит, тот заказывает...

Счастливый случай. В планах Агенства на просьбу Министерства конференция доноров. Для сектора здравоохранения.

Адова работа. Подготовить и провести конференцию.

Вот и face to face с Агенством. Только программа конференции одна “выжала”. Все, что и невозможно.

Это была полезная работа. И для Министерства. И для Агенства. Не только конференцией. Которая прошла хорошо. Но и построением взаимопонимания. Говорить стали на одном языке.

Прислушиваться начали американцы. К предложениям нашим. Интерес у них появился к начинаниям новым в секторе.

Прислушиваться стали и мы. К американцам. Их предложениям. Оказывается, дельные. Если хорошо подумать.

Появились очертания совместных вселенских проектов. По созданию института медицинского права...

Начали собирать, по кирпичику, все здоровое. Что в стране есть. Собирать же есть что. Богатая страна наша. На интеллект. Который. Ну, хотя бы, не давить. Если не поддерживать.

Писал уже, кажется, что реформы должны быть в головах в первую очередь.

Новый офицер в Агенстве. Элиот. Мудрый и сердечный Человек.

С ним правовой проект и “варили”. Первый акт, надеюсь, поближе к лету состоится. Побывают в штатах юристы наши, с административных органов разных. Познакомятся с опытом американским в области медицинского права. Чтобы у нас оно, да побыстрее.

Для меня, университетского профессора, очень полезная тема общения — образование. Медицинское, в особенности.

Его, — а о карьере учеников своих подумали? — врезалось в память.

Уже не в Министерстве. Дома, в университете. На факультете. Думаю. Сильно. О карьере будущей. Государства нашего и воспитанников наших. Факультета нашего, который поближе всего. Душу в который...

Я благодарен тебе, я люблю тебя, Элиот, что вот так, ненавязчиво, научил лучше понимать мир. В котором и ради которого живем.

Побольше желания понимать, и на сектор заработают. Все. АМР США тоже.

НОВОЕ

Новое Министерство. Каким оно задумывалось?

Поступил “Отчет по функциональному обследованию Министерства здравоохранения”. В отчете и рекомендуемая структура Министерства. На переходный период.

Структура эта хорошо известна медицинской общественности. И не только. Советники постарались. Она включалась во все доклады, презентации Министра. Тиражировалась. Распространялась. В другие органы государственной власти. Донорским организациям. На Национальном семинаре “Реформа здравоохранения Украины во имя человека” ее получил каждый главный врач районной больницы.

Структура была принята Министром. Даже составлен и подписан был, с одной стороны ею, а с другой, одним из вице-премьеров, план реформирования Министерства. Сроки устанавливались жесткие...

Естественным поэтому выглядело желание с этой структурой ознакомить широкую общественность. Чтобы “обкатать”.

Структура на переходной период — результат обследования Министерства Секретариатом по административной реформе центральных органов исполнительной власти при Кабмине. К обследованию привлекался весь аппарат Министерства. Привлекались и советники.

Секретариат горел желанием сотрудничества. Советники имели встречные желания. Другие особых желаний не проявляли. Вот и получилось, что новая структура, в большей мере, плод сотрудничества Секретариата и советников.

Новое Министерство, которое на переходный период, планировалось как эффективный орган реализации государственной политики в секторе. В нем пять блоков: стратегического планирования, здоровья нации, медицинской помощи, качества и администрация.

Начнем с конца.

В администрацию предполагалось включить все службы, которые обеспечивают внутреннюю жизнь Министерства. Это небольшие перестановки. Хотя функции в отдельных структурах блока изменялись довольно серьезно. Блок важен. Если хорошо заработает, все другие получат, наконец-то, возможность заняться делом. А не контролями. Достоинство человеческое подавляющими. Администрация, это как в человеческом организме соединительная ткань. Без которой специфические клетки свои же, специфические, функции выполняют... Верно, верно. Плохо. И даже очень. Хорошая администрация — отличное Министерство!

Блок медицинской помощи — это то, что уже есть. Некоторое улучшение структурное, но серьезные изменения функциональные. На всякие “мелочи” существуют региональные органы управления сектором. Блок этот — политика и механизмы, инструменты... То, без чего сектор задыхается, и в прямом и в переносном смысле.

Блок здоровья — усиление блока профилактического. Чтобы не только профилактикой занимались, но и пропагандой здорового способа жизни. По настоящему занимались. Предполагалось также, что профилактика будет поднята на уровень экологический.

Блок качества — вещь серьезная. Под него была проведена подготовительная работа. И большая очень. Ряд структур под Министерством предполагалось ликвидировать либо существенно изменить по выполняемым функциям. По другим ставился вопрос: в ведомстве того Министерства они находятся, или нет? Функции Министерства и подчиненных структур в проблеме должны четко разделиться. У одних — разрешение, у других — контроль. Как в цивилизованном мире. Тема щепетильная. С одной стороны, вроде бы, надо защищать интересы отечественного производителя. С другой, *пересічного громадянина*. Министерство наше не может иметь никаких других целей, кроме защиты здоровья, интересов здоровья гражданина.

Можно ли объединить в одном и интересы здоровья, и интересы производителя? Другие должны беспокоиться об интересах производителя. Не Министерство здравоохранения.

Беды, если будут, только в этом истоки их.

В прессе уже сообщалось о душераздирающих случаях, когда защита производителя вредила по крупному здоровью гражданина нашего.

Народ не толпа. Общество гражданское строим. Вот потому и серьезный подход к блоку качества в переходном Министерстве.

Блок стратегического планирования был для нас чем-то совершенно новым. С одной стороны, в него вроде бы и должны были влиться ряд структур Министерства. Но, с другой, с сильно, если не радикально, измененными функциями. Блок этот должен вывести Министерство на новую орбиту. Когда политика не провозглашается, но реализуется. В проектах законов, указов Президента, постанов Кабмина... Специалистами этот блок должен наполниться. В юриспруденции, менеджменте, экономике. Здравоохранения конечно.

Переходная структура, о которой весь сыр-бор, — не догма. Но то, что новым Министерством должно стать, на переходный период тем более, определено.

И что строиться оно должно на фундаменте, ценностях гражданского общества, защищать интересы здоровья гражданина нашего в первую очередь, несомненно.

На закуску пару слов. Не может быть структуры без функций структурных подразделений. И эти функции должны быть открытыми для всех. В прессе, Интернете, по всем органам управления, подчиненным тоже. Структура наша была с функциями. И в этом ее сила.

ВЕРХОВНА РАДА

Компромисс, консенсус...

В управлении, чтобы достигнуть позитивных результатов, важно сотрудничать с другими ветвями власти. Поддерживать эти другие ветви власти. Добиваться взаимопонимания с ними. Понимания с их стороны, то есть. Привлекать их к решению задач своего сектора.

Если Министерство представляет исполнительную власть, сам Бог ему велел сотрудничать с законодательной. Чтобы законов много, всяких хороших.

Короткий период в Министерстве не дал возможности провести полномасштабные опыты. Но три момента важные врезались в память хорошо.

С самого начала работы выступил с инициативой, и Министр поддержала приказом, создания рабочей группы по способствованию реформам. В рабочей группе — представители профильного Комитета Верховной рады, профсоюзов, ведомственной медицины. Группа немного поработала. События, связанные с выборами, приостановили процесс. Планировали возобновить его с января. Возобновят, если... уже другие.

На заседаниях обсуждали болевые точки реформирования сектора. И это было замечательно. Создавались единое понимание, единый подход... И одновременно формировалось позитивное отношение к инициативам Министерства.

Эти инициативы потом были поддержаны Национальными семинарами “снизу” и в результате — предпосылки для успешных реформ.

Был на самом Комитете! Пригласили. В связи с изучением вопроса о возможном кредитовании борьбы с эпидемиями туберкулеза и СПИДа.

Предтеча интересная. Был по инициативе Комитета. Эту инициативу “родили” не Министерство или другие органы исполнительной власти, но Мировой Банк. И поучиться у него надо.

В миссиях Мировой Банк работал не только с Министерством, по вопросу Министерскому, кредитования туберкулеза и СПИДа. Но и с другими институтами власти, чтобы изучить ситуацию, все условия, способствующие и не способствующие открытию кредитного финансирования.

В таких встречах обязательно Комитет Верховной Рады.

Вот Комитет и пригласил. На позицию Министерства посмотреть, свое отношение показать, да и подход общий выработать.

Мне понравился тот Комитет. И тот его Председатель. Деловые открытые беседы. С общими интересами. На решение проблемы направленными.

И еще одно пересечение с Комитетом — серия встреч по инициированному Министерством законопроекту. Писал об этом законопроекте. Если мне все нелады были понятны, скажем, на научном и интуитивном уровнях, Коми-

тет “положил его на лопатки” профессионально. Имеет хорошую юридическую службу.

Не сложилось впечатления, что с законодательной властью работать трудно. Хотя идеи такие витали. Вокруг, естественно. Просто работать трудно. Везде. Если работать. По настоящему.

Мне понравился новый Премьер тем, что: “С Верховной Радой работать будем”. Открытая позитивная политика — созидательная политика.

Опыта было чуть-чуть. Больше интуиции. Но интуиция не подводила.

НУЖНА КОНЦЕПЦИЯ

Разные ветры в Министерстве. В одном едины. Каждый о себе... что самый-самый.

Самый-самый, — до постановки задачи. На уровне, скажем так, вхождения в процесс. Далее исполнителя давай. Вот будет исполнитель, будет и решение. Большинство идей дальше постановки задачи не идет.

Не один раз обсуждались концепции реформирования здравоохранения. Много было их. Концепций всяких. Одними поддерживались они, другими критиковались. Создать что-то удовлетворяющее всех не удавалось. Не удалось до сих пор. По причинам, которые в... Пустых хлопотах, сказал бы.

Было “давление” и на институт советников, что в первую очередь надо именно Концепцию.

Подключиться к теме Концепции пришлось.

Министру предложены тезисы к проекту Концепции реформирования сектора из семи основных частей:

1. Стратегия и политика реформ;
2. Административная реформа;
3. Развитие института сохранения здоровья нации;

4. Усовершенствование медицинской помощи;
5. Развитие медицинской науки и образования;
6. Инструменты и механизмы реформ;
7. Здравоохранение для пациента.

Философия концепции в не увидевшей свет, подготовленной для “Зеркала недели”, статье, которая по этим и некоторым другим обстоятельствам включена во “Взгляд сверху”.

— Привести “рыбу” тезисов Концепции? Дважды на одну тему в одной книжке? Это уже перебор.

О ПЕРЕХОДНЫХ ПРОЦЕССАХ, ОПТИМАЛЬНЫХ И НЕ ОЧЕНЬ

Опубликовал в “Зеркале недели” как-то (1997, N16 (133)) статью “Раз инфаркт, два инфаркт... или социально-экономические преобразования в стране взглядом терапевта”. Считал важным поделиться проблемой оптимальности переходных процессов для государственного строительства. Применительно к случаям, когда ошибок... Придя в Минздрав, пытался идеи эти “обкатать” на секторальном уровне. Получалось. Смена Министра опыты приостановила. Но тема осталась. Актуальность ее — основание включить в книгу статью. С некоторыми сокращениями. Тема сегодня более чем актуальна.

Итак, поехали.

Давно собирался написать эту статью, поделиться тревогами и надеждами о судьбах неокрепшей Родины. Лет 5 назад казалось — рано. Потом думалось — поздно. Сегодня, получается, в самый раз.

Не знаю, где как, но в медицине поставить диагноз — полдела. Никакого дела, если не следуют рекомендации или врачебные вмешательства. Но и это не все. Важно поставить правильный диагноз. Кто хорошо диагностирует,

хорошо лечит, говорили древние. Читателю судить о моем диагнозе процессам в обществе, целесообразности рекомендаций по их лечению. Боль же и гражданский долг не дают права молчать.

Все, что происходит на социально-экономическом пространстве страны, все равно как инфаркт миокарда. Трудно найти человека, который бы не слышал об инфаркте. Но слышать — не означает знать. Все верно, фатальная болезнь. Но проблема не только в этом. Далеко не все больные умирают или становятся инвалидами. Все, оказывается, в том, как он протекает, инфаркт.

Когда возникает инфаркт, вопрос сложный. Причин много. Не все правильно понимаем и объясняем. Что касается темы, заслуживает внимания одна. Это когда без инфаркта не обойтись. Когда инфаркт определенный. И задача врача — умело провести пациента через болезнь. С наименьшими потерями для его здоровья.

Полная аналогия с общественными процессами. Для многих, меня в особенности, общество, в котором мы жили, исчерпало себя. Его короткая жизнь была запрограммирована генетически в нежизнеспособных (*линейных, без обратных связей, директивных*) механизмах управления. Примеры — Чернобыль, Спитак, Арал,.. Катастрофы планетарного масштаба и их гений — советский человек. Самый же яркий, болезненный пример — разрушение Человека! Крушение морали с организованной преступностью, дедовщиной, коррумпированностью, наркоманией. Мало ли еще чем! "Мыслью одно, говорю другое, делаю третье" — не это ли одно из самых тяжких последствий советского периода и не один ли из серьезнейших камней преткновения в наших реформах, стремлениях вырваться из утопии. Наш социализм исчерпал себя. Мы перешагнули черту. Социальный инфаркт стал неизбежен.

Когда инфаркт случается, остается его пережить. Переживать можно по-разному. Один и не знает, что был инфаркт. Перенес на ногах. У другого он имел явную клинику, но закончился благополучно. На месте инфаркта — полноценный рубец. Никаких клинических последствий. У третьего беда. Инфаркт зажил, но образовалась аневризма. Человек вынужден страдать. Четвертый — ...

Что же нужно для благополучного завершения инфаркта? Ларчик открывается просто. Инфаркт — не просто гибель, разрушение ткани. Если бы так, все больные умирали бы. Представьте, разрушилась стенка сердца. Это разрыв сердца, неизбежная смерть. Инфаркт — два взаимосвязанных процесса. Гибель одной ткани и развитие на ее месте другой. Но не так, как представляют себе многие: одна ткань разрушилась, а другая на ее месте потом образовалась. Если бы одна сначала разрушилась, на образование другой времени не осталось бы. Природа поступила мудро. Процессы разрушения инфарктной и построения на ее месте рубцовой ткани взаимосвязаны, управляемы. Очень качественно управляемы, если формируется рубец. Высочайшего класса!

Чтобы успешно перейти от одной модели общества к другой, стало быть, надо организовать переходный процесс. Нормально управляемый. Когда отслеживается, управляется разрушение старого и созидание нового. Для страны нашей — это, считай, несостоявшаяся мечта. Можем забыть.

Как же осложняется инфаркт? Роковые осложнения? Можно ли сделать что-нибудь, если они развились? Все просто. Осложнения кроются в *несостоятельном управлении*. Есть два граничные варианта.

Вариант первый — быстрое разрушение инфарктной ткани. Восстановительные процессы не успевают. В лучшем случае — аневризма, в худшем — разрыв сердца и

верная смерть. Наблюдается это при так называемом гиперреактивном стрессе. Когда реакции организменных систем управления *неадекватно чрезмерны* в силу тех или иных обстоятельств. Социальный эквивалент — торопимся сильно разрушить старое. Как говорится, до основания... Позабыли, что на созидание время надо. Вот и разрыв в процессах, осложнения.

Вариант второй — крайне медленное разрушение инфарктной ткани. Просто настолько медленное, что о восстановительных процессах и мысли нет. Вроде бы *ничего и не происходит*. А оно происходит. Снова аневризма... Причиной гипореактивный стресс. Эквивалент — управления, скажем, практически нет. Все спустя рукава. Есть варианты и поинтереснее, промежуточные между названными. То гиперреактивный, то гипореактивный стресс. Или как-то наоборот. *Из огня да в полымя*. По нашему рецидивирующим течением инфаркта я бы назвал. Это, когда то одни, то другие законы. И отсутствие логики. Здесь не просто осложнения или, скажем, летальный исход. Здесь пациент должен испытать инфаркт *на все сто процентов*.

Не надо доказательств, что переживаем последний вариант социального инфаркта. Один из самых болезненных.

Итак, диагноз поставлен. Раз инфаркт, два инфаркт... Что же делать? Естественное дело, лечить. Как? Опыт инфаркта учит, как лечить нельзя. Один пример. В середине 70-х кинулись ограничивать зону инфаркта. Видите ли, одна из причин смерти — несовместимый с жизнью по размерам инфаркт! Но если он произошел? Если ткань уже погибла? Можно ее ограничить? Наверное, нет. Но были такие, кто думал по-другому. И масса диссертаций докторских и кандидатских по ограничению зоны инфаркта. Диссертации написали. Докторов и кандидатов прибы-

ло. Но... Время подтвердило, зону инфаркта ограничить можно. Да беда, исходы инфаркта от этого, мягко говоря, не лучше. Пришлось отказаться. Доктора и кандидаты остались.

Чем поучителен пример? Забыли, главное — не ограничение зоны инфаркта, а его исходы. Толку от ограничения, если исходы хуже. Ближе к теме пример означает, так всегда, когда *главная цель подменяется локальными*. Это когда из-за деревьев не видят леса. Или не хотят видеть.

Наблюдение за социально-экономическим пространством в стране дает много примеров, когда локальные цели вытеснили главную. И бродят себе они по стране, локальные цели. И выдают себя за главную. Результат — не лучше, а хуже. Не локальные ли цели, когда государственные интересы подменяются личными или корпоративными. То ли когда запускаются заказные законы. То ли когда издаются соответствующие Наказы. Тракты, страховые компании и всякие другие пирамиды не с неба появлялись. Благотворительные организации самого высокого уровня накачали безпошлинно страну сомнительным зельем в соответствии с подстроенным законодательством. Пошлина то была. "Зеркало недели" об этом писало, и не раз. Кто-то каждый раз протягивает *нужный закончик*. И наплевать, что не соответствует Конституции и другим правовым актам. Приняли Конституцию, пусть существует себе. Как говорится, счастливого плаванья. Или другой пример. Жесткая монетарная политика. Несомненно хороша. Но когда — самоцель, то какая она политика. Анахронизм, да и только. Одна из локальных целей. Что-то вроде ограничения зоны инфаркта.

Чем чревата подмена главной цели локальными. Для инфаркта — осложнениями, смертью в худшем случае. Раз врач главную цель локальной подменяет, значит, получается, помогает... А для общества? Все тем же. За пять лет

независимости потеряли миллионный город. По всем признакам видно, скорость процесса нарастает. Старая экономическая машина рухнула. Оно и не плохо. Да новую строить проблема. Средства черпать почти неоткуда. Неплохая идея с траншами. Да транши надо *транжирить* на обслуживание траншей. Что ждет дальше, понятно.

Итак, *диагноз есть*. Переживаем далеко не лучший вариант инфаркта. И причина очевидна — *проблема с управлением*, его качеством. Фетишизировали локальные цели, забыли про главную. Или закрыли глаза на главную. Это уже не важно. Важно, что локальные цели, в лучшем случае, оказались индифферентными к главной. В худшем... О чем говорить, когда нам на это прямо указывают. Идея с чистыми руками, хотя и запоздалая, но, понятное дело, Западом навееяна.

Что же делать? Цель ясна, в Конституции четко записана — построить государство, ориентированное на *Человека*. Этим следует руководствоваться. И коль проблема прежде всего в управлении, надо наладить управление. Если человеческие слабости мешают строить оптимальное управление, надо решать проблему слабостей. Если перед законом все равны, *не может быть исключений*. Иначе снова деревья и никакого леса. Управлению следует быть экономическим, по природе своей поощрительным, не фискальным, с развитыми обратными связями. Кажется, всем ясно.

Ну и, конечно же, финансирование экономики. Помощь Запада нужна, даже когда транши на транши. Но не такая она и бескорыстная. Настроена, прежде всего, на западного, не украинского производителя. *Отдавать нам*. И не зависимо от того, будет польза от этой помощи Украине, или нет. Так что больше рассчитывать надо на себя. Слишком много богатств неумелым управлением мы перекачали на Запад и слишком много еще продолжаем пере-

качивать. Никакие фискальные меры не помогали и не помогут. Это надо усвоить из своего горького опыта. Пугали новых украинцев валютными счетами и валютными сбережениями за рубежом. Помогло?

Оптимальное управление поэтому такое, которое еще и способно привлечь средства своих граждан для развития своей же экономики. Рецепт простой — это должно быть выгодно именно для *пересічного громадянина*. И он, *пересічний громадянин*, должен быть уверен в своем государстве, как в себе. В том, что Конституция *в дійсності* гарантирует его права и что *его собственисть неприкосновенна*. Именно так мы получим мощнейшие финансовые инъекции в экономику. Заработает она, появятся *реальні доходи*. Будет обеспечена достойная жизнь всем, кто связал судьбу с бюджетной сферой. Прежде всего, нашим пенсионерам — родителям, многострадальным дедушкам и бабушкам. Нашим корням. Нет будущего без прошлого и настоящего.

Перечитал. Подредактировал. И боль. Написанное вчера еще более актуально сегодня.

СТО ДНЕЙ

Неуютно в Министерстве. С отставкой Кабинета. Министра тоже. Она сейчас и.о. Многих уже назначили. Большую часть переназначили. С нашей — всякие сплетни. Держимся и поддерживаем.

Предлагаем активно выйти на Премьера. Колеблется. Склоняется не идти. Понимаете ли, должен сам пригласить. Не понимаю. Почему, собственно, должен. Может быть да, может быть нет.

Все вокруг о 100 днях нового Премьера. Вот и готовили мы видение 100 дней в секторе.

Но не увидел их Премьер. Не озвучила Министр.

Значит актуально. Публиковать надо. Вот и включаю в главу. За одно боюсь, чтобы не было оно, это видение, актуальным и через год... Как со статьями в “Зеркале недели”. Все актуальны.

В тезисах три раздела.

1. Главные факторы деятельности Министерства

1. В основу стратегии и политики в отрасли кладется политика “Здоровья-21” в Европейском регионе ВОЗ”.

2. Административная реформа Министерства и отрасли в целом:

- Структура и функции органов управления с разграничением ответственности и полномочий;

- Институт менеджеров в здравоохранении;

- Отраслевая корпоративная информационная среда на основании Интернет;

- Полномочия на осуществление кадровой политики.

3. Отрасль как экономически эффективная составляющая государства:

- Сохранение и улучшения производственного потенциала общества — люди, принимающие участие в производстве Национального Валового Продукта;

- Оптимизация расходов на здравоохранение — приоритет профилактике и первичной медицинской помощи, оптимизация управления ресурсами государственной медицинской помощи (сеть, кадры, финансирование);

- Внедрение экономически обоснованных социально важных методов профилактики и лечения — Национальные профилактические программы, распределение медицинской и социальной помощи, развитие стационаров на дому, эндоскопическая хирургия, институт парамедиков, и др.;

- Развитие негосударственного сектора в многопрофильных учреждениях здравоохранения для разгрузки

государственного бюджета и увеличения поступлений в государственный бюджет;

— Многоканальное финансирование отрасли — развитие добровольного медицинского страхования, юридическое урегулирование деятельности больничных касс, поэтапное внедрение обязательного медицинского страхования, привлечение средств донорских организаций, благотворительные взносы и тому подобное.

4. Создание института медицинского права:

— Законодательно-нормативная база;

— Специалист в сфере медицинского права;

— Защита прав пациентов и медицинских работников;

— Плодотворное сотрудничество с законодательной и другими ветвями власти.

5. Внедрение цивилизованных рыночных отношений в медицинских услугах, фармацевтическом рынке и рынке средств медицинского назначения:

— Одни правила игры для участников рынка: стандарты допуска на рынок, упрощение регистрации, повышение ответственности производителя за качество услуг и продукции;

— Внедрение отраслевого принципа: стандартизация, метрологическое обеспечение и контроль услуг, технологий и изделий.

6. Здравоохранение ради пациента:

— Показатели деятельности отрасли не в ее обеспеченности, но качестве здоровья населения;

— Защита гражданина, но не производителя.

II. Выполненные объемы работ за отчетный период (с февраля 1999 г.)

1. Отработаны цель и задание отрасли, чем заложены основания трансформирования Министерства здравоохра-

нения из органа организации медицинской помощи в действующий орган здравоохранения.

2. В тесном сотрудничестве с Секретариатом по административной реформе центральных органов исполнительной власти Кабмина завершено функциональное обследование Министерства и созданы все необходимые условия для его реформирования.

3. Завершена подготовка проектов новых структуры и функций Министерства. Они готовы к утверждению новым Министром согласно соответствующему Указу Президента.

4. Определены основные направления и ключевые вопросы реформирования сектора. Политика Министерства обсуждена медицинской общественностью страны на Национальных семинарах.

5. Впервые за период существования Министерства подготовлены и представлены в Мировой Банк, поддержанные руководством государства, заказы на кредитное финансирование преодоления эпидемий туберкулеза, СПИДа в Украине и грантовую поддержку институционального развития Министерства, эти предложения включены в кредитный портфель Украины в Мировом Банке.

6. С участием Миссии ВОЗ проведено функциональное обследование противотуберкулезной службы в трех регионах Украины как фундамента для запуска в 2000 году пилотных проектов по ДОТС-терапии туберкулеза.

7. Начато создание отраслевой корпоративной информационной сети “УкрМедНет” на принципах Интернет, как инструмента эффективного управления отраслью через механизмы обратных связей.

8. Создано Координационный Совет Министерства и международных донорских организаций с целью эффективного использования донорских финансовых ресурсов.

9. Получено согласие Американского и Канадского агентств международного развития на финансирование мероприятий Министерства по дальнейшему институциональному развитию отрасли, созданию информационной сети, законотворчеству и созданию института медицинского права.

III. Министерство в первые 100 дней нового Кабинета Министров:

1. Утверждение новой структуры Министерства;
2. Формирование обновленной команды Министерства;
3. Проведение внутреннего аудита;
4. Определение перечня и подготовка проектов первоочередных законодательных и нормативных документов:

— Консультации с Конституционным Судом и Верховным Советом по трактованию ст. 49 Конституции Украины;

— Гарантированный объем медицинской помощи — определение гарантированного объема медицинской помощи в зависимости от реальных расходов из государственного бюджета на здравоохранение. Включение в Закон о государственном бюджете дополнений, касающихся гарантированного бюджетом объема медицинской помощи на центральном и местном уровнях;

— Стандарты качества медицинской помощи и изделий медицинского назначения — главный инструмент выполнения функции отрасли;

— Усовершенствование существующих законодательных и нормативных документов — дополнения Закона о страховании Статьями, регламентирующими создание и деятельность больничных касс при медицинских учреждениях независимо от формы собственности. Внесение изменений в Закон об обороте в Украине наркотических

средств, обеспечивающих одни правила игры для медицинских учреждений независимо от формы собственности. Внесение изменений в базовые налоговые законы относительно урегулирования деятельности медицинских учреждений и затрат на лечение граждан;

— Разработка предложений по внесению изменений в существующие законодательные акты — Основы законодательства о здравоохранении, Закон о стандартизации и метрологии, Закон о рекламе, Закон об аренде и др.;

— Внесение предложений по формированию бюджета на здравоохранение на функциональных основаниях — возможно такое построение статей: 1) управления отраслью, 2) пропаганда здорового способа жизни, 3) Национальные программы профилактики заболеваний, и т.д.;

— Внесение предложений об отказе от постатейного финансирования медицинских учреждений.

5. Внедрение функционального принципа деятельность отрасли с отказом от несвойственных функций:

— Децентрализация медицинских учреждений (упорядочение государственной собственности в здравоохранении путем переподчинения медицинских учреждений с центральной в коммунальную собственность);

— Переподчинение Министерству образования и науки учебных учреждений,

6. Введение в действие Национальной программы пропаганды здорового образа жизни;

7. Разделение финансирования первичного и стационарного звеньев медицинской помощи в государственном секторе;

8. Создание условий для осуществления проекта преодоления эпидемий туберкулеза/СПИД в стране на принципах ДОТС-терапии на условиях кредитного финансирования Мировым Банком;

9. Внедрение четкой финансовой и статистической отчетности в здравоохранении, как отрасли в целом — расходы и отчетность негосударственного сектора и страховых услуг;

10. Участие Министерства в развитии страховой медицины:

— Добровольное медицинское страхование;

— Изучение возможности поэтапного внедрения обязательного медицинского страхования — для немедленного введения в целом отсутствующие необходимые экономических факторов: по данным ВОЗ для этого нужно не менее 92% прозрачного оборота средств.

Не знаю, для кого как. Что касается экс-советников, считали такой разворот 100 дней в секторе вполне нормальным. Закладывались ключевые моменты дальнейшего реформирования сектора.

РАЗВЕЛИ

Возможно, и не следовало бы. Поделиться. Но делюсь. Не потому, что покоя не будет. Важно это для высоких политиков. Настоящих и будущих.

Уверена Министр была, — предложат на второй срок. Авторитет, имидж, всякое другое способствующее.

Правда Она была. Все это было.

Было и другое, — страх и интересы. Не совпадали ее интересы. С интересами других. Страх был, у других этих.

Новому Премьеру право формировать! Кабинет. Должна была встретиться с Премьером. Доложить. О том, о сем. “Ста днях”. Премьер не звал. Министр не шла. Предложениями советников пренебрегала.

Почему, причин много. “Друзья” информировали, — все хорошо, будет Министром. На встречу “напрашиваться” не надо.

Развели.

Не понятно, почему Премьер не пожелал пригласить Министра. Уходящего. В отставку подавшего. Получается, проблема преемственности. В генетике социума нашего заложённая.

Не должен был, наверное, Премьер так поступить. Понимаю, разводили со всех сторон.

ВЗГЛЯД СВЕРХУ

Специально назвал так главу. Чтобы появилось желание у Читателя сравнить взгляд с тем, что снизу. Который задолго до Министерства. Этот взгляд — уже на самом, самом ... Финише. В Министерстве.

Готовился материал для Министра. Но с осторожностью она его воспринимала. Глобально — это и ее взгляд. Выверенный, по крайней мере, ею тоже Не один раз возвращались к нему. Не один раз утюжил.

Не решилась Министр. Но в стол не пишу.

Потому и “вгляд сверху”.

Здоровье народа Украины — самая важная, непреходящая ценность. Больно осознавать, оно сегодня далеко не лучшее. Негативные демографические сдвиги, рост заболеваемости, накатывающиеся волны эпидемий туберкулеза, СПИДа, алкоголизма, наркомании ... угрожают национальной безопасности.

Здоровье — многомерная категория. Определяется социальными и экономическими условиями, средой обитания, наследственностью и, естественно, состоянием здравоохранения. Вклад здравоохранения в обеспечение здоровья оценивается примерно в 12% в совокупной доле других факторов. Проблемы здоровья поэтому просто было бы объяснять иными, не здравоохранными, причинами.

Министерство, которое не критикует только ленивый, не снимает с себя ответственности. Во многих случаях критика справедлива.

Именно поэтому сегодня, как никогда ранее, активизируются процессы реформирования сектора.

Главная задача реформ — трансформировать институты сектора таким образом и создать все необходимые условия для того, чтобы возложенная на него государством миссия по сохранению и упрочению здоровья граждан, оказанию им полноценной на современном уровне развития медицинской науки и практики помощи выполнялась наилучшим из возможных образом.

Приоритеты реформирования — институциональное развитие органов управления, совершенствование институтов сохранения здоровья нации и медицинской помощи, сами инструменты и механизмы реформ.

Реформы, которым Министерство сегодня придает новые, созидательные импульсы, в полной мере учитывают конституционные права граждан Украины и впитали в себя общечеловеческие ценности, формализованные в наиболее полной мере в политике “Здоровье-21” Европейского региона ВОЗ. Этой политикой провозглашены три ключевые ценности: здоровье, как одно из самых важных прав человека; справедливость и солидарность в вопросах здоровья; участие в здравоохранении и ответственном отношении к здоровью.

Ключевой этап реформы — административная система, от Министерства — до региональных, ведомственных и местных органов управления. В основу реформы Министерства, которая сейчас находится на пике своего осуществления и в ближайшее время должна быть завершена, положен Указ Президента Украины “Об изменениях в системе центральных органов управления исполнительной власти в Украине”. Этот процесс происходит в тесном сотрудничестве с рабочей группой по административной реформе Кабинета Министров. Министерство в результате реформы будет способно в полной мере осуществлять свою деятельность в направлении достижения цели здравоохранения.

В уточненных задачах наиболее важными принимаются осуществление государственной политики и стратегии в здравоохранении; организация и координация деятельности по сохранению и улучшению здоровья нации с привлечением государственных, профессиональных и об-

ественных организаций, инициативы социальных групп и отдельных граждан; организация и координация высококачественной медицинской помощи всем нуждающимся на принципах социальной солидарности и государственных гарантий по бесплатной медицинской помощи с обеспечением права гражданам участвовать в принятии решений, влияющих на их здоровье и здоровье их семей.

В результате реформы существенным образом изменятся функции Министерства. Появятся и усилятся одни, изменятся другие, отпадут третьи. Министерство из органа опеки трансформируется в орган осуществления государственной политики в здравоохранении.

Получат развитие подразделения, в функциях которых перспективное планирование сектора, сопровождение и разработка государственных законодательных, подзаконных и нормативных документов. Министерство коренным образом усилит свою деятельность по разработке и внедрению национальных программ пропаганды здорового способа жизни. Гораздо больше внимания будет уделяться профилактике неинфекционных и инфекционных заболеваний, травматизма. В число приоритетов включаются программы медицинской помощи социально незащищенным слоям населения. Гигиенические программы поднимаются до уровня экологической медицины.

В новых задачах — не только планирование необходимых объемов финансирования и контроль за исполнением бюджета, но и оптимизация расходов на здравоохранение, активные поиски новых финансовых источников. Более, чем когда либо, будет усилено взаимодействие с профессиональными медицинскими обществами и другими общественными организациями для повышения качества медицинской помощи населению. Уже закладываются основания для построения единого медицинского пространства страны на функциональных основаниях с организаци-

ей, контролем качества и безопасности медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях независимо от формы собственности.

Проводится работа по построению эффективных систем и механизмов стандартизации и контроля безопасности лекарственных средств и способов, медицинского оборудования, диагностикумов и технологий. Министерство активно изучает опыт других стран и с благодарностью приняло консультативную помощь ряда международных организаций. Министерство откажется от несвойственных функций производителя средств медицинского назначения. Именно эти функции стали причиной его неспособности выполнять одну из важнейших своих задач по защите прав граждан как потребителей медицинских услуг. В новой политике Министерства во взаимодействии со всеми, кто имеет отношение к здоровью человека, исключительно интересы его здоровья.

Другая острая проблема связана с медицинскими стандартами. Многие из них явно устарели и становятся тормозом на пути развития медицинской помощи. Украина не имеет эффективного института медицинских стандартов и в контексте реформы его просто необходимо создать.

Реформа Министерства, региональных и местных органов управления здравоохранением открывает возможности ускоренного развития сектора соответственно его цели и социально-экономическим преобразованиям в стране. Улучшение функционирования административной системы в здравоохранении предусматривает первостепенное развитие информационной связи между органами управления с использованием технологий Интернет. Сегодня интенсифицированы процессы, направленные на создание отраслевой компьютерной сети “Укрмеднет”, которая должна соединить виртуально региональные органы и

Министерство в единую неделимую информационную среду с созданием условий эффективного менеджмента.

Внедрение сети создаст основания накопления информации относительно процессов реформирования отрасли, анализировать ее, оперативно осуществлять документообмен и распространять передовой опыт между региональными органами управления, позволит обеспечить оперативную обратную связь между пользователями разных уровней для улучшения управленческих задач, осуществить становление и развитие телемедицины в стране, позволит интегрировать национальную сеть информационного обеспечения здравоохранения в мировую.

Основа всякой политики — экономика. Медицинской тоже. Финансирование здравоохранения в мире многоканальное. Украина не исключение. Значительные объемы средств расходуются из государственного и местного бюджетов. Но весьма много медицинских услуг нашими гражданами покрывается из собственного кармана. Отличие Украины от государств с развитым здравоохранением в прозачности этих каналов. По данным аналитической службы Администрации Президента большая часть ВВП находится в "тени". Это не могло не отразиться на здравоохранении. Согласно опросу, проведенному в 1998 г. "Социс-Геллап", 58% опрошенных неофициально оплачивали услуги врачей и медсестер в государственных лечебных учреждениях. Около 40% из них делали это вследствие отсутствия внимания медперсонала до проведения оплаты или в результате жестко поставленного условия.

Ограничения на официальную оплату услуг в государственных лечебных учреждениях, несмотря на их формальную юридическую обоснованность, в конечном счете не защищают пациента, но переводят денежный поток в "теневую" сферу. Излишне подчеркивать, что "теневой" оборот не то, что не развивает здравоохранение, но

более того, эксплуатирует скудные ресурсы государственного сектора (производственные площади, оборудование, оплата труда вспомогательного персонала и т.д.). За счет оплаты услуг медицинским работникам в государственных учреждениях стоимость их непомерно возрастает. Итогом есть не только существенное повышение, но и, прежде всего, неэффективное использование расходов на нужды здравоохранения.

Государство, не контролируя его в полной мере, не в состоянии эффективно финансировать отрасль. Элементарный пример. По итогам 1998 г., мы так считали и многие так считают, бюджет на здравоохранение в стране составил 3,7 млрд грн. Это действительно так? Если считать государственный бюджет на здравоохранение — так. Если учесть государственный бюджет на ведомственное здравоохранение — не так. Сумма государственного бюджета на здравоохранение возрастает до 4,5 млрд грн. Расходы населения на приобретение лекарств и предметов медицинского назначения, страховые услуги и платную медицинскую помощь в негосударственных лечебно-профилактических учреждениях, да и в государственных тоже, считать на сегодня невозможно. Но вклад их в расходы на здравоохранение, вне всяких сомнений, весьма существенный. Только на лекарственные средства граждане нашей страны истратили в 1998 г. более 2 млрд грн.

На резонный вопрос, эффективно ли мы распоряжаемся этими средствами, ответ отрицательный. Министерство контролирует расходы только в государственном секторе и только в масштабах отрасли. Но даже в самой отрасли эти функции более чем условные. В конечном счете именно дисбаланс между потребностями финансирования здравоохранения и возможностями государства их обеспечить, отсутствие реальных механизмов влияния на расходование внебюджетных средств в существующих реалиях

являются непосредственной причиной возникшей ситуации в нашем здравоохранении. Реформа Министерства создаст необходимые предпосылки для решения этого важного вопроса.

Правильное распоряжение ресурсами на здравоохранение повысит его эффективность. Многие болевые точки, которые не позволяют спокойно спать прежде всего медицинским работникам, будут решаться с большей эффективностью.

В поисках дополнительных источников финансирования на развитие здравоохранения необходимо шире использовать механизмы кредитования. Проведенный специалистами Минздрава анализ финансовых проектов Всемирного Банка показал, что Украина — одна из немногих на постсоветском пространстве государств, которая не воспользовалась его услугами. В то же время Всемирный Банк является крупнейшей международной финансовой организацией, одно из приоритетных направлений которого — развитие здравоохранения в развивающихся странах и странах с низким уровнем доходов. Получение соответствующих кредитных линий требует соблюдения достаточно жестких условий по реформированию государственной политики в области здравоохранения.

Приятно сообщить, что предложенные Министерством проекты, один по преодолению эпидемии туберкулеза и СПИДа в Украине и другой по технической помощи в административной реформе сектора здравоохранения с построением отраслевой компьютерной информационной сети “Укрмеднет”, позитивно оценены сентябрьской и декабрьской миссиями Всемирного Банка. По первому проекту предполагается кредитование и на второй ожидается грант.

В реформах отрасли мы испытываем серьезную поддержку международных донорских организаций, Агенств

Международного Развития США и Канады, ЮНИСЕФ, ТАСИС, др. Инициативы донорских организаций направлены на решение спектра задач, наиболее важными из которых определены: административная реформа, правовое поле и финансирование отрасли; содействие здоровому образу жизни; улучшение среды обитания; развитие первичной медицинской помощи; повышение профессионального уровня медицинских работников и учебные курсы; партнерство между лечебно-профилактическими учреждениями; рациональный фармацевтический менеджмент и др.

Министерством и Агенством Международного Развития США в октябре проведена международная конференция “Доноры для здравоохранения”, главная задача которой состояла в консолидации усилий Министерства и донорских организаций в повышении эффективности реформ, объединению акций донорских организаций в их инициативах по поддержке реформ здравоохранения в Украине.

В тесном сотрудничестве с Канадским обществом международного здравоохранения Министерством в настоящее время проводятся региональные семинары по проблемам реформирования отрасли, к участию в работе которых привлечены руководители местных органов управления здравоохранения, до главных врачей районных больниц включительно. По западному региону такой семинар мы провели в Трускавце Львовской области, по восточному — в Харькове, и во второй декаде декабря по южному — в Одессе. Нельзя не выразить благодарность главам областных администраций и заведующим областными отделами здравоохранения этих областей, которые поддерживали данные инициативы и оказали содействие в качественном проведении семинаров

В государственном здравоохранении начаты серьезные преобразования. Их составляющие — приоритеты здоровья и профилактики заболеваний; переориентирование на первичную медико-санитарную помощь с развитием дневных стационаров и стационаров на дому, института семейного врача; совершенствование специализированной медицинской помощи; повышение качества сельской медицины; внедрение неотложной медицинской помощи институтом парамедиков (милиция, пожарная охрана, др.); преобразование части медицинских подразделений и учреждений в социальные; расширение социальной базы медицинских учреждений с привлечением на партнерских основаниях объединений граждан, церкви, др.; финансирование не сети медицинских учреждений, но объемов оказываемой ими медицинской помощи.

Преобразования эти происходят не так быстро, как хотелось бы. Для примера, переориентирование на первичную медико-санитарную помощь и совершенствование специализированной медицинской помощи простым приказом не осуществишь. В основе этого процесса, как и всякого другого, экономические факторы. Но промедление смерти подобно. На 1999 г. финансирование учреждений здравоохранения, в лучшем случае, сохраняется в прежних объемах. Девальвация гривны реально существенно понижает его. Что же имеем? В большинстве регионов финансирование первичного звена медицинской помощи составляет менее 20% выделенного бюджета. И это, когда в соответствии с мировым опытом на уровне первичного звена удовлетворяется до 80-90% потребностей больных.

Только отдельные из регионов оценили остроту проблемы и вошли в новый год с серьезными реформаторскими преобразованиями.

В Киеве разделена первичная и стационарная медицинская помощь. Финансирование первичного звена осу-

ществляется в расчете на одного киевлянина. Стационары подчинены непосредственно городскому управлению здравоохранения, их бюджет формируется консолидированным. С отказом от искусственного разделения больниц по административным районам столицы.

Управление здравоохранения Харьковской области перераспределило финансовые потоки на первичную и стационарную медицинскую помощь в соотношении 40%:60%. В результате улучшилась первичная медицинская помощь, активированы средства для выполнения важных региональных программ, таких, как помощь больным сахарным диабетом, матерям и детям. Возросло финансирование больничной койки, в результате чего реально повысилось качество специализированной медицинской помощи. Заслуживает внимания опыт централизации поставок медикаментов в лечебные учреждения, что дает экономию средств до 40%.

Серьезный положительный опыт реформирования накоплен и некоторыми другими областями.

В первостепенных задачах Министерства — овладение успешным опытом реформирования государственного здравоохранения. Мы просто обязаны стимулировать распространение на страну опыта регионов-лидеров, поддерживать их эксперименты, нацеливать всех на реформы. Каждый шаг в них должен быть связан с исключительно позитивными результатами.

Последующие преобразования требуют развития законодательства и Министерство занимается этими вопросами. Система менеджмента практическим здравоохранением требует коренных изменений.

К числу первостепенных мероприятий следует отнести максимальный упор на финансовую самостоятельность лечебных учреждений (особенно в области материального стимулирования сотрудников) и создание юридических

условий для возможности привлечения внебюджетных источников финансирования. Новая структура Министерства позволит эффективно решать задачи реформирования и совершенствования отрасли. Просто потому, что в нем появятся два важных новых подразделения — стратегического планирования и правового сопровождения реформ.

Инфраструктура государственного сектора здравоохранения продолжает оставаться избыточной. Из-за резко возросших вследствие многократно подорожавших за последние годы энергоресурсов эксплуатационные расходы на содержание строений лечебно-профилактических учреждений становятся непосильным бременем как для центрального, так и муниципального бюджетов. По экспертным оценкам Мирового банка сегодня эксплуатационные расходы составляют до 40% бюджета стационаров. В этих условиях одним из дополнительных источников средств бюджета на здравоохранение и одновременного уменьшения бюджетных затрат на него является продажа освободившейся в ходе реформирования отрасли части таких объектов с созданием на их базе негосударственных лечебных учреждений.

При тщательной разработке этого механизма возможно извлечение совокупности положительных результатов, как-то: появление дополнительных финансовых средств на нужды бюджетного здравоохранения; создание новых рабочих мест для медработников, сокращение которых неминуемо в процессе реформирования здравоохранения; возможность поддержки социально незащищенных слоев населения; уменьшение бюджетных расходов пропорционально количеству пациентов, обратившихся в частные лечебные учреждения. Решение задачи облегчается уже имеющейся законодательной базой, которая, в силу чисто субъективных причин, не реализуется в полной мере.

Государственный сектор здравоохранения — это и ведомственная медицина. Позиция Министерства сегодня, чтобы она входила в функционально единое медицинское пространство страны. Мы обратились в Кабинет Министров с предложением определенными полномочиями передать Министерству функцию координации деятельности органов управления здравоохранения независимо от их ведомственного подчинения и формы собственности. С другой стороны, при Министре создана рабочая группа содействия реформам, в составе которой и представители ведомственной медицины. Есть все основания ожидать, что общими усилиями, через координацию и компромиссы будут более эффективно решаться жизненно важные проблемы медицинской помощи.

В стране получила развитие негосударственная медицина. По данным многочисленных социологических исследований она положительно оценивается как большинством населения, так и региональными органами управления здравоохранением.

Медицинская деятельность, определенно, привлекательная сфера бизнеса. В 1998 г. лицензии на это право получили, не считая физических, более 1500 юридических лиц. Если принять во внимание срок действия лицензии, который составляет три года, в масштабах страны в области здравоохранения на сегодня функционирует около 3500 юридических лиц.

Это, с одной стороны, положительный факт. Напряжение на государственный бюджет в здравоохранении уменьшается, чем открываются возможности более эффективного его использования на оказание медицинской помощи социально незащищенным слоям населения. Появляется конкуренция, которая должна повысить качество медицинских услуг.

С другой стороны, деятельность негосударственной медицины законодательно до конца не урегулирована, не определены механизмы взаимодействия с государственными медицинскими учреждениями, отсутствует должный статистический учет медицинских услуг. Для ее развития в числе других важных мероприятий необходимо соответствующее изменение законодательных и нормативных актов. Не вызывает сомнений необходимость увеличения объема оказываемой медицинской помощи, разрешенной негосударственным лечебным учреждениям.

Требуется внести изменения в Закон "О налогообложении граждан", который предусматривал бы исключение из налогооблагаемой базы сумм, потраченных на лечение. На повестке внесение изменений и дополнений в соответствующие законодательные акты, которые позволят негосударственным лечебным учреждениям осуществлять полноценную деятельность, включая такие проблемы, как обеспечение наркотиками, выдача больничных листов и т.д.

Проведенная Министерством выборочная проверка негосударственных медицинских учреждений показала, что нередко качество оказываемой помощи далеко от стандартов. Министерство, все органы управления в их ответственности за здравоохранение должны управлять негосударственными медицинскими учреждениями. К ним в полной мере приложим институт лицензирования, аккредитации и аттестации. В праве на осуществление медицинской помощи должен существовать только один критерий — ее качество.

Много споров вокруг института обязательного медицинского страхования (ОМС). Несомненно, он должен быть. Но время для его немедленного введения упущено. Предварительные расчеты показали, что при сложившейся социальной структуре общества более 80% расходов на

него должны покрываться из государственного бюджета. Для справки, по рекомендациям ВОЗ и Международной организации труда одним из условий введения ОМС является легализация не менее 95% доходов населения страны. Правильно введение этого института связывать с улучшением экономических условий в государстве.

ОМС следует рассматривать как неотъемлемый источник финансирования практически при любой модели здравоохранения. Многострадальный проект соответствующего закона крайне необходим. Однако принимать его следует как "Закон о медицинском страховании", ибо в равной степени он должен касаться и добровольного медицинского страхования (ДМС).

Отчисления в фонд ОМС при немедленном введении станут дополнительным налоговым бременем на бюджет и перспектива его не более радужная, чем в Пенсионный фонд.

Положительной есть в ОМС на сегодня только подготовка общественного мнения к медицинскому страхованию, упрощение и гарантированность попадания определенного денежного потока на нужды здравоохранения, возможность более эффективного менеджмента и разработки механизмов материальной заинтересованности медицинских работников (при введении оплаты медицинских услуг по факту обращения). Но стоит ли игра свеч?

Что касается ДМС, определенный опыт накоплен. В регионах существуют страховые компании, муниципальные медицинские кассы, другие страховые образования.

При эффективном управлении со стороны государства возможно формирование такого ДМС, которое сможет повысить доступность негосударственной медицинской помощи населению. Отрасль обогатится сетью конкурирующих лечебных учреждений. Они вынуждены будут оказывать медицинскую помощь социально незащищен-

ным слоям населения на условиях рационального использования бюджетных средств.

Существует точка зрения, что ДМС доступно только богатым. Это не так. ДМС повышает доступность именно дорогой медицинской помощи малообеспеченным слоям населения, действуя по принципу солидарной ответственности.

Еще одна острая тема — наука и образование.

Ограниченное бюджетное финансирование требует новой политики. Министерство вынуждено концентрировать финансовые ресурсы на наиболее важных задачах, связанных, в первую очередь, с самим реформированием здравоохранения и наиболее существенными национальными программами. Мы готовы на расширение функций самоуправления научно-исследовательских учреждений, оказываем им всемерную поддержку перед грантодателями и донорскими организациями. Мировой опыт показывает: только конкурентные грантовые механизмы способствуют повышению качества и эффективности научных разработок.

Что касается медицинского образования, оно является составной частью молодежной политики государства. Высокий общественный спрос на медицинское образование — далеко не в полном объеме используемый механизм его самообеспечения. Министерство, региональные органы управления выступают заказчиками, а потому государственный заказ для учебных заведений должен прямо зависеть от результатов трудоустройства выпускников учебными заведениями.

Руководители областных управлений здравоохранения ставят правильный вопрос о заочной интернатуре по месту распределения и мы поддерживаем их в этом. Здесь также требуется полная автономия и мы готовы на нее.

И еще. Не может быть в одном министерстве и производство и потребление. В системе образования в том числе. Это конфликт интересов. Образование медицинское следует сконцентрировать в функциональном министерстве.

Исключительно важным в реформах является формирование и законодательное закрепление программы государственной ответственности за здравоохранение с объемами, контингентом, механизмами обеспечения и источниками финансирования бесплатной медицинской помощи. Министерство работает над проектами соответствующих документов.

По рекомендациям Всемирного Банка в странах с низким ВВП, к которым относится и Украина, должен формироваться пакет гарантированного объема медицинской помощи. Его компоненты — общегосударственные программы лечения и профилактики туберкулеза и СПИДа; родовспоможение, планирование семьи, вакцинопрофилактика, школьная медицина; лечение самых распространенных заболеваний детского возраста и заболеваний, передающихся половым путем; ограниченный объем медицинской помощи работоспособному населению; определенные меры санитарно-эпидемиологического контроля, др.

Экономически обоснованный пакет должен быть реалистичным и отвечать на вопросы: кому, в каком объеме и где оказывать бесплатную медицинскую помощь.

Реформы обязаны иметь человеческое лицо.

В сложившихся подходах — пациент для здравоохранения. Отрасль по инерции во главу угла ставит такие ориентиры, как заболеваемость, обеспеченность медицинскими работниками, койками, медикаментами, др.

Министерство меняет ориентиры.

Наша цель — здравоохранение для человека. Наши новые детерминанты — качество здоровья, профилактика заболеваний, результаты лечения.

Именно поэтому во всем, что касается здоровья человека, применим только критерий качества. Нам еще предстоит построить эффективную систему правовой защиты пациентов и медицинских работников.

Принятие и воплощение реформ требует политической воли, адекватного государственного регулирования, большой разъяснительной работы. Весомые аргументы в пользу ускорения реформ в ожидаемом улучшении здоровья населения, повышении эффективности популяционных профилактических мероприятий и качества медицинской помощи, оптимизации бюджетных расходов, возможности привлечения внутренних и внешних внебюджетных источников финансирования, повышении международного имиджа страны.

От нас зависит, чтобы реформы принимались обществом. Чтобы противодействие им было как можно меньшим. Напряженная ситуация в отрасли, как и в стране в целом, не оставляет времени на бесплодные дискуссии.

Здравоохранение имеет все основания серьезной реструктуризации для повышения качества медицинской помощи даже в нынешних условиях ограниченного бюджетного финансирования.

Выполнение всего комплекса этих грандиозных по масштабам задач возможно исключительно на условиях консолидации усилий управленческих и функциональных структур, превращения отрасли в совершенный неделимый организм, наиболее важные ориентиры которого — пациент с его проблемами и медицинский работник, который проблемы эти решает.

Реформы, в конечном итоге, будут способствовать более полному осуществлению миссии здравоохранения. Шансом на его развитие мы обречены воспользоваться.

Вот такой он получился, взгляд сверху. Отличается от того, что снизу, только одним. Многое инициировано и уже получены первые плоды.

Преемственная политика — и плоды обязательно созреют. На благо сектора и страны в целом.

И эта мотивация не последняя, чтобы “взгляд сверху”, да не в стол.

ОТЧИТАЛСЯ

Новый Министр. Назначен, но еще не представлен. Не вступил во власть пока, значит.

Звоню, поздравляю.

В ответ — что Вы делали советником?

— ???

Человек я обязательный. Отчет написал. Привожу в литературном, на русский с украинского.

Был принят на работу в патронатную службу Министра и предупрежден об увольнении на день ее отставки. Перед самой-самой и уволился.

Выполнял конкретные поручения Министра и обеспечивал ее деятельность.

Готовил доклады на совещания, конференции, другие мероприятия; ответы на поручения Министра и заместителей Министра в Кабинет Министров и иные центральные органы исполнительной власти, в том числе, что касается функционального обследования Министерства и его структурной реформы.

Поддерживал переписку Министра с общественными и донорскими организациями.

Принимал участие в организации Информационно-аналитического центра Министерства на базе Института общественного здоровья.

Подготовил проект на имя Мирового Банка по грантовой поддержке институционального развития Министерства и создания отраслевой корпоративной сети на базе Интернет, принял участие в написании проекта на кредитное финансирование по туберкулезу и СПИДу. Поддерживал эти проекты перед Национальным агентством по развитию и европейской интеграции, другими структурами Кабинета Министров.

Участвовал в подготовке и встречах Министра с миссиями ВОЗ по организации пилотных проектов по преодолению эпидемии туберкулеза в Украине.

Готовил встречи Министра с миссиями Мирового Банка и международными донорскими организациями.

Принимал участие в организации и проведении Международной конференции донорских организаций вплоть до издания материалов и написания отчета по ее итогам.

Был инициатором и обеспечивал проведение Национального семинара по реформам здравоохранения в трех (восточном, западном, южном) регионах Украины.

Готовил фундамент для создания института медицинского права в стране. Это уже было под самый конец работы в Министерстве. Значит, были только первые шаги. Успешные. И к проблеме вернусь обязательно.

Оказывал поддержку Секретариату по административной реформе центральных органов исполнительной власти при Кабинете Министров в Министерстве.

Работал над политикой в секторе. Для Министра. На ее поручения. Материалы эти в руках практически у каждого главного врача районной больницы.

— Не плохо?

Вроде бы и немного. Но, с другой стороны, за восемь месяцев... В авторитете моего Министра есть, пусть и небольшая, заслуга советников. Значит, часть из них — моя.

УВОЛЬНЕНИЕ

Принимался в Министерство по переводу. Следовал правилу — новое место только по переводу.

На сей раз исключение. Спешу уволиться.

Причина банальная. Не собирался надолго в советники. Возвращение в родные пенаты — стратегический план.

Вчера назначили Нового. Вчера же Министр простилась с аппаратом. Но сегодня она еще во власти. До середины дня. Пока Вице-премьер не представит. Нового.

Пользуюсь случаем и прошу уволить до вхождения Нового во власть. Живу домом и не имею желания задерживаться. Не дожидаясь университетского запроса.

В 11-00 уволен. В 11-30 факс из Университета с ходатайством об увольнении переводом. Не жалею. Побыстрее домой!

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Принятие решения — подчас не легкий процесс. Принимаешь, но до решения... Самого. Не доходит.

В этом случае не так. “Встала” книжка. Передо мной. Вся. От “ать” до “ять”. И потребовала, — все долой. Мне внимание в первую очередь.

Не удалось противиться. Писал с упоением.

Главы по ходу... разбегались, на рецензирование. К тем, с кем работать больше всего приходилось, с кем работаю сейчас, к друзьям, одним словом. Советы полезные. По ходу написания книжки.

Задачу ставил себе не навредить, но поддержать. Административную реформу в секторе прежде всего. И в головах наших тоже.

Гиперболизировано многое. Многого, возможно, не было. Вообще. Времени вон сколько прошло... С тех. Пор, Как не советник. Забыть мог. Надумать.

Да и книжка называется “Фантазии...”

Поэтому, если что не так — прошу не винить.

Да, еще. Бета-версия это. Не самая последняя.

Новая, значит, ожидается. Где все поправлю. И дополню.

А дополню обязательно. Есть чем.

06.03.2000